Aerztliche
Sachverständigen-
Zeitung

Aerztliche Sachverständigen Zeitung

1895.


1895

1895–1910

Aerztliche
Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Jahrgang 1895.

Berlin 1895.
Verlag von Richard Schoetz
Luisenstrasse 36.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse No. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben
von
Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.
und
Dr. A. Leppmann
Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 1. Ausgegeben am 1. Januar.

An unsere Leser.

In den vielartigen Anforderungen des modernen Lebens hat sich die Stellung des praktischen Arztes wesentlich umgestaltet. Er kann sich längst nicht mehr darauf beschränken, Kranke zu behandeln; er muss von Tag zu Tage mehr gerüstet sein, die ärztliche Wissenschaft als Sachverständiger zu verwerthen. Jeder Arzt kommt heutzutage in die Lage sich gutachtlich äussern zu müssen über Gesundheitsverhältnisse, Krankheitszustände körperlicher oder seelischer Art, über Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, über Invalidität, hygienische Massnahmen u. s. w. Die unzureichende Ausführung solcher Aufträge schädigt nicht nur seinen Erwerb, sondern auch seine Standeswürde, ja, setzt ihn in einer ehedem nicht vermutheten Weise der civilrechtlichen, unter Umständen auch der strafrechtlichen Verantwortung aus.

Die Universität nimmt vorläufig auf den einschlägigen Theil praktischer Ausbildung so gut wie keine Rücksicht. Der Arzt bleibt also auf die Selbstbelehrung und auf die Ergebnisse der eigenen Erfahrung angewiesen. Zu ersterer braucht er, abgesehen von Lehr- und Handbüchern, eine periodische Literatur, welche sein Wissen und Können im Allgemeinen fördert und ihn über die Tageserscheinungen auf dem Laufenden erhält.

Zeitschriften, welche ihm zu diesem Zweck gegenwärtig zu Gebote stehen, sind entweder rein wissenschaftlich-theoretisch, oder behandeln nur Sondergebiete, oder wenden sich nur an Aerzte in Sonderstellungen.

Es gilt daher ein Sammelorgan zu schaffen, in welchem nicht nur derjenige, welcher eine umgrenzte Art von Sachverständigen-Thätigkeit betreibt, sein Fach vertreten sieht, sondern auch der allgemein praktizirende Arzt belehrt wird, an welchen Aufgaben der Sachverständigen-Thätigkeit ihm die Betheiligung zukommt, wie er diese Aufgaben löst und in welcher Weise er bei dieser Art von Berufsthätigkeit seine Stellung und sein materielles Interesse wahrt.

Deshalb wird **„die Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“** auf dem Gebiete der sozialpolitischen Gesetzgebung der Gesammtheit der praktischen Aerzte die Kenntniss der Kranken-, Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetze, und insbesondere die Kenntniss und Uebung in der formgerechten Behandlung der einschlägigen Fragen vermitteln; aber sie wird auch in derselben Weise alle andern von Behörden und Privaten aufzustellenden Anforderungen an die gutachtliche Thätigkeit des praktischen Arztes, sie wird das ganze Gebiet gerichtlich-medizinischer Thätigkeit einschliesslich der Begutachtung von Seelenstörungen, wie sie auch von jedem nichtbeamteten Arzt gefordert werden kann, ferner die Beziehungen zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften, auch die öffentliche und private Gesundheitspflege, soweit dem praktischen Arzte daraus Sachverständigen-Aufgaben erwachsen, und das Gebührenwesen in den Kreis ihrer Besprechungen ziehen. Sie wird

sich endlich bemühen die Aufmerksamkeit auf gesetzgeberische Pläne zu lenken, soweit dieselben für die Sachverständigen-Thätigkeit des Arztes in Betracht kommen könnten.

Der äussere Rahmen, in welchem dies geboten werden soll, wird sich nicht wesentlich von den bisherigen Gepflogenheiten unterscheiden.

Die zunächst alle 14 Tage erscheinende Zeitung wird Original-Artikel, Bücherbesprechungen und Referate, namentlich Sammelreferate bringen. Auch Tagesereignisse werden stets besonders berücksichtigt werden und namentlich wollen wir den Versuch machen, ob sich nicht wichtigere öffentliche Gerichtsverhandlungen, bei denen medizinisch-technische Dinge in Frage kommen, zweckentsprechender für die Fachgenossen verwerthen lassen werden, als es durch die allgemeine Tagespresse heutzutage geschieht, damit es dem praktischen Arzt leichter wird, auf Laien, bei welchen der Hass gegen die Wissenschaft künstlich geschürt wird, aufklärend zu wirken. Schliesslich wollen wir auch eine Rubrik für Fragen und Antworten einführen, weil wir überzeugt sind, dass die zweckentsprechende Rathsertheilung über schwierigere, ohne Gedankenaustausch oft unüberwindliche Sachverständigen-Aufgaben häufig von allgemeinem Interesse sein wird.

In der Form des Gebotenen wollen wir, ohne der Wissenschaft Zwang anzuthun, uns vom üblichen Styl gelehrter Abhandlungen möglichst fern halten. Wir wollen es dem vielgeplagten Praktiker möglichst bequem machen. Wir wollen leicht verständlich und übersichtlich sein.

Als Mitarbeiter ist uns jeder Kollege willkommen und wer nicht Zeit und Lust hat selber seine Erfahrungen zu dem abgerundeten Ganzen einer wissenschaftlichen Arbeit zusammen zu tragen, der sende uns nur das thatsächliche Material, wir wollen dann schon aus den Bausteinen ein Ganzes formen. Im übrigen sind wir der Unterstützung namhafter Fachleute bereits sicher.

Sobald wir daher nur ein wenig auf die Theilnahme der Kollegen rechnen können, wird die **Aerztliche Sachverständigen-Zeitung** das werden, was wir anstreben, nämlich ein Zentralorgan, welches in seiner Weise zur Förderung des Ansehens des Aerztestandes beitragen wird.

Die verschiedenen Begriffsbestimmungen der Erwerbsunfähigkeit nach dem Unfall- und nach dem Invaliditäts-Versicherungs-Gesetz.

Von
Sanitätsrath Dr. **L. Becker.**

Die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetze und die vom Reichs-Versicherungs-Amte gegebenen Kommentare haben gewisse Masse und Begriffsbestimmungen der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit festgesetzt, welche dem begutachtenden Arzte geläufig sein müssen.

Für den Wirkungskreis der Unfall-Versicherungs-Gesetze ist die völlige Erwerbsunfähigkeit vom Reichs-Versicherungs-Amt folgendermassen definirt: „Völlig erwerbsunfähig ist derjenige, welcher unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Falles, der genossenen Vorbildung und seiner körperlichen und geistigen Kräfte für ausser Stande erachtet werden muss, sich durch Arbeit noch einen Verdienst zu verschaffen." — Man wird nicht fehlgehen, wenn man diese Begriffsbestimmung der völligen Erwerbsunfähigkeit dahin präzisirt, dass man sagt: „Völlig erwerbsunfähig ist derjenige, welcher . . . nicht im Stande ist, sich durch Arbeit überhaupt irgend welchen Verdienst zu erwerben." — Denn sobald Jemand durch eine seiner Vorbildung und seinen körperlichen und geistigen Kräften entsprechende Thätigkeit sich überhaupt noch einen Verdienst verschaffen kann, so tritt eben der Begriff der theilweisen Erwerbsunfähigkeit in Geltung.

Im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit bekommt der Verletzte eine Rente von $66^2/_3$ Prozent seines Arbeitsverdienstes; im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit bekommt er einen Bruchtheil dieser Rente, welcher nach Prozenten der früheren Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

Ausser der völligeu Erwerbsunfähigkeit giebt es demnach noch eine theilweise oder prozentuale Erwerbsunfähigkeit; und nun erwächst dem sachverständigen Arzte die Aufgabe, das Mass derselben festzustellen. Da ist nun zunächst zu bemerken, dass dieses Mass der verbliebenen Erwerbsfähigkeit nicht etwa, wie Jemand denken könnte, nach der vielleicht theoretisch konstruirbaren Erwerbsfähigkeit eines normalen mittleren Arbeiters zu bemessen ist, sondern als Ausgangspunkt der Abmessung ist immer die vor dem Unfall vorhandene individuelle Erwerbsfähigkeit des Verletzten zu nehmen. —

Es folgt daraus zunächst, dass für den sachverständigen Arzt die Abschätzung der theilweisen Erwerbsunfähigkeit eines Menschen nothwendigerweise die Berücksichtigung des gesammten Körperzustandes desselben zur Voraussetzung hat. Die Aufgabe der Untersuchung ist durch Feststellung der Unfallverletzung und ihrer Folgen für den betroffenen Körpertheil allein noch längst nicht erschöpft; es muss durchaus auch zweitens die Rückwirkung der Verletzung auf den Gesammtzustand und endlich drittens die Rückwirkung auf etwa vorher bereits vorhandene Krankheitszustände des Verletzten in Betracht gezogen werden. — Diese drei Komponenten der Wirkungsweise einer Unfallverletzung müssen, jeder für sich mit Bezug auf das Endresultat, d. i. die Bemessung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit nach Prozenten der früheren Erwerbsfähigkeit erörtert und in Anschlag gebracht werden. —

Die Wirkung einer Unfallverletzung auf das Allgemeinbefinden, den Gesammtzustand des Verletzten, setzt sich zusammen aus der Betheilung des Ernährungs- und Kräftezustandes des Individuums und aus der Betheiligung lebenswichtiger Organe, insbesondere der Zirkulationsorgane und des Nervensystems, bezw. deren Zusammenwirken. Es ist hierbei sowohl eine gewisse allgemeine Disposition des Individuums

als auch der Einfluss des Geschlechts und besonders des Alters des Betroffenen in Rücksicht zu nehmen. Je älter der Verletzte, desto stärker wird der Allgemeinzustand durch eine Unfall-Verletzung in Mitleidenschaft gezogen, desto geringer ist die Reparationsfähigkeit des Organismus. Ist es doch eine nur zu oft zu beobachtende Thatsache, dass ältere Leute der Arbeiterklasse, etwa vom 60. Jahre an durch einen verhältnissmässig unbedeutenden Unfall völlig ihre Spannkraft zur Arbeit einbüssen und dauernd kraftlos und hinfällig werden. —

Die Rückwirkung der Unfall-Verletzung auf etwa vorher bestandene Krankheitszustände des Verletzten ist ein sehr wichtiger und nur zu oft strittiger Punkt für die Begutachtung der theilweisen Erwerbsunfähigkeit. Die bezügliche Frage in den Formularen der Berufsgenossenschaften lautet meist: „Leidet der Verletzte ausserdem an sonstigen Leiden oder Gebrechen, welche bereits vor der in Frage stehenden Verletzung bestanden, und wird die Erwerbsfähigkeit durch diese Leiden beeinflusst?" — Da nimmt nun das Reichs-Versicherungsamt an, dass eine, durch irgendwelche Leiden oder Gebrechen verursachte, einigermassen erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit, die vor dem Unfall schon bestand, regelmässig in der geringeren Höhe des Jahresarbeitsverdienstes, welche der Rentenberechnung zu Grunde zu legen ist, ihren Ausdruck findet, dass also ein Arbeiter, der irgend einen erheblichen Schaden oder eine erhebliche Krankheit hat, im Allgemeinen auch nicht denselben Lohn bezieht, wie ein normaler, gesunder Arbeiter. — Ob dieses Verhältniss in jedem Falle zutrifft, möge dahingestellt bleiben. Ich behalte mir vor, dieses Verhältniss in einem späteren Artikel eingehender zu erörtern. —

Sowohl die Wirkung einer Unfall-Verletzung auf das Allgemeinbefinden, als auch der Einfluss des Unfalls auf einen schon vor der Verletzung vorhanden gewesenen Krankheitszustand können ja unter Umständen bei der Begutachtung überhaupt garnicht in Frage kommen. Das sind dann jene einfacheren Fälle, in denen es sich lediglich um die Funktionsstörung oder den Verlust eines einzelnen Gliedes handelt. Für diese Art der Verletzungen hat sich im Laufe der bisherigen neunjährigen Wirksamkeit des Unfall-Versicherungs-Gesetzes bei der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts ein gewisses durchschnittliches Mass für die sich wiederholenden Beschädigungen ergeben, wie das aus der von mir in meinem Lehrbuch der Sachverständigen-Thätigkeit gegebenen Statistik von 1068 Fällen der Judikatur des R. V. A. ersichtlich ist. Dieses durchschnittliche Mass wird man im einzelnen Falle anwenden können. —

Immer also muss der begutachtende Arzt bei der Abmessung der prozentualen Erwerbsunfähigkeit gegenüber der früheren Erwerbsfähigkeit die Gesammtsumme der drei genannten Komponenten der Wirkung der Unfall-Verletzung in Berechnung ziehen. Das Reichs-Versicherungsamt hat diesen Grundsatz folgendermassen formulirt: „Die Bemessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit kann nicht nach ein für allemal feststehenden Sätzen, sondern stets unter Berücksichtigung der ganzen individuellen Verhältnisse des jeweilig Betroffenen vorgenommen werden".

Für den Wirkungskreis des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes ist der Begriff der Erwerbsunfähigkeit anders definirt. Hier kommt eine prozentualiter abzumessende Erwerbsunfähigkeit überhaupt nicht in Betracht, sondern allein eine „Erwerbsunfähigkeit", welche nach § 9 des Gesetzes folgendermassen definirt ist: „Erwerbsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn der Versicherte in Folge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit mindestens einen Betrag zu verdienen, welcher — etwa einem Drittel des ortsüblichen Tagelohns gleichkommt" (nach bestimmtem Modus zu berechnen). — Die genau bezeichnete Summe wird dem Sachverständigen seitens der Behörden genannt. — Es ist also für den Wirkungskreis des Invaliditäts-Gesetzes Jemand „erwerbsunfähig", also invalide, wenn er (nach der Berechnungsart des Unfall-Versicherungs-Gesetzes) etwa nicht mehr $33^1/_3$ Prozent seines früheren Arbeitslohns verdienen kann. Und zwar muss diese Erwerbsunfähigkeit dauernd sein, d. h. es muss angenommen werden können, dass ihre Beseitigung in absehbarer Zeit nach menschlicher Voraussicht nicht erfolgen wird. Die Beurtheilung dieser Erwerbsunfähigkeit und ihres dauernden Charakters fällt selbstverständlich dem Arzte zu. Der Entschluss, einen Krankheitszustand, welcher die Erwerbsunfähigkeit verursacht, für dauernd zu erklären, kann ja unter Umständen dem begutachtenden Arzte schwerfallen; ihm schwebt vielleicht doch die Möglichkeit vor Augen, dass noch eine wesentliche Besserung des Zustandes eintreten wird. Da muss eben die Art und die Dauer des Leidens, die angestellten Kuren und das Alter des Individuums reiflich in Erwägung gezogen werden, um zu einem definitiven Entschluss zu gelangen. Im Uebrigen bietet das Gesetz die Handhabe, bei wider Erwarten eintretender Veränderung der Verhältnisse, also bei unerwarteter Besserung eines Invaliden; demselben die Rente später auch wieder zu entziehen. —

Das Invaliditäts-Gesetz kennt aber auch noch eine ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit; es bestimmt nämlich im § 10: „Invalidenrente erhält auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während eines Jahres ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit".

Es ist sehr wichtig für den sachverständigen Arzt, sich über den Sinn der Worte „dauernd" und „ununterbrochen", wie sie das Gesetz anwendet, klar zu sein. Eine ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit hat immer noch den Charakter der zeitweisen, der vorübergehenden. Eine dauernde Erwerbsunfähigkeit ist eine solche, welche nach menschlicher Voraussicht sich nicht mehr bessern wird. — Da für den Wirkungskreis des Invaliditäts-Gesetzes der Zeitpunkt des Eintritts der dauernden Invalidität eine grosse Rolle spielt, so wird dem Sachverständigen oft die Frage vorgelegt: „Seit wann besteht bei dem Rentenbewerber die dauernde Erwerbsunfähigkeit? Diese Frage kann man nicht beantworten, wenn man nicht über die Worte „ununterbrochen" und „dauernd", wie sie das Gesetz versteht, im Klaren ist. Nehmen wir ein Beispiel: Ein 50 Jahre alter Arbeiter leidet seit Jahren an Lungenkatarrh, arbeitet aber mit demselben in seiner Profession. Am 1. Januar d. J. verschlimmert sich das Leiden, sodass er seine Arbeit aufgeben und sich krank melden muss. Unter der ärztlichen Behandlung bessert und verschlimmert sich das Leiden wenig. Am 1. April d. J. bekommt er eine Lungenentzündung und im Krankenhause, wohin er sich begiebt, wird bald danach ein tuberkulöses Leiden konstatirt, welches sich fast über die Hälfte der Lunge verbreitet hat; seitdem hat sich der Allgemeinzustand wohl etwas gebessert, insofern das Fieber geringer geworden, auch zeitweise ganz aufgehört, aber es ist ein Zustand deutlichen Siechthums eingetreten und die physikalische Untersuchung weist Kavernenbildung und ausgedehnte Infiltration der Lungen nach. — In diesem Falle würde der Betreffende seit dem 1. Januar d. J. ununterbrochen erwerbsunfähig sein, aber erst seit dem 1. April dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Gesetzes. — Es kann also eine ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit zunächst noch den Charakter der vorübergehenden haben, und erst mit dem Eintritt eines bestimmten Zeitpunktes, an welchem sich besondere Merkmale kenntlich machen, den Charakter der dauernden Erwerbsunfähigkeit annehmen. —

Berücksichtigt man diese verschiedenen Begriffsbestimmungen, so wird es nicht vorkommen können, dass, wie neulich einmal, ein Kollege die Frage im Formular einer Versicherungs-Anstalt: „Seit wann besteht die dauernde Erwerbsunfähigkeit?“ folgendermassen beantwortete: „Diese Frage kann nicht beantwortet werden, weil ich nicht weiss, was unter „dauernder Erwerbsunfähigkeit“ gemeint ist. Der Grad der Erwerbsfähigkeit ist zu verschiedenen Zeiten ein sehr verschiedener (also kein dauernder) gewesen.“

Das schriftliche Gutachten.

Von

Dr. A. Leppmann.

Wer Gelegenheit hat, in reicher Menge solche Akten durchzublättern, in welchen medizinisch-technische Dinge vorkommen, der kann, auch ohne die Schriftdeutung gewerbsmässig zu betreiben sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass in den meisten Fällen die Abgabe einer schriftlichen Meinungsäusserung für den ärztlichen Praktiker eine Leistung darstellt, bei welcher seine sonst so unermüdliche Schaffensfreudigkeit und so vielartige Berufsgewandtheit durch ein Uebermass von Unlustgefühlen hemmend beeinträchtigt wird.

Am liebsten begnügt sich der praktische Arzt mit einem sogenannten Fundschein d. h. mit jener Form der schriftlichen Begutachtung, welche schon seit alter Zeit durch behördliche Gebührenordnungen von dem eigentlichen Gutachten, dem schriftlichen „Consilium“ unserer ehrwürdigen preussischen Taxe getrennt wird.

Dieser Fundschein besteht in der Wortbezeichnung eines Krankheitszustandes bezw. in der Feststellung des Nichtvorhandenseins eines solchen und in einer daraus gezogenen praktischen Schlussfolgerung, ohne dass für beide Anführungen eine besondere Begründung beigebracht wird.

Eine zu ausgiebige Benutzung dieser Form schadet aber heutzutage mehr als je der Sache sowohl wie dem Aussteller. Sind ja doch die Anforderungen an unsere gutachtliche Thätigkeit von Jahr zu Jahr umfangreicher und verzwickter geworden; dazu ist die öffentliche Meinung durch das Stürmen und Drängen einer nach Umgestaltung ringenden Zeit in ihrer Ehrfurcht vor der Wissenschaft erschüttert. Deshalb verlangt die Behörde sowohl als der Einzelne, der Arzt solle die Nutzanwendung seiner Wissenschaft so darstellen, dass die gezogenen Schlüsse eine Nachprüfung durch andere Sachverständige zulassen, ausserdem aber dem Verständniss des Laien, welcher darauf seinen Entscheid in Rechtspflege, Verwaltung und Privatangelegenheiten baut, möglichst nahe gebracht werden. Wenn daher auch ein Kassenvorstand es selbstverständlich für genügend finden wird, dass der Arzt begutachtet: „Der X. X. ist fieberhaft erkrankt und deshalb arbeitsunfähig“, so kann sehr leicht die heutzutage überreich zur Verfügung stehende Entrüstung zum Durchbruch kommen, wenn ein Arzt selbst im Falle höchster Noth und Eile jemanden mit der lakonischen Formel: „... ist geisteskrank und bedarf der Aufnahme in eine passende Anstalt,“ ins Irrenhaus schickt.

Die abschreckende Unbehaglichkeit bei der Abfassung eines ausführlichen Gutachtens wird aber in der Regel nicht durch die Schwierigkeit der sachverständigen Aufgabe erzeugt, — manchem praktischen Arzte gewährt es sogar eine befriedigende Genugthuung, eine ihm selbst anfänglich dunkle Frage durch Erwägung und Bücherstudium zu klären — ungemüthlich wird ihm die Sache erst, wenn er seine Gedankenarbeit zu Papier bringen soll. Sein bestes Wollen und genügendes Können scheitert an der Form.

Soll er sich dieselbe von Fall zu Fall frei wählen? Gewiss könnte er das, für ihn würden selbst staatliche Vorschriften in dieser Richtung nur eine umgrenzte Geltung haben. Indessen die Art seiner Ausbildung hat seine schriftliche Gewandtheit in medizinischen Dingen meist hinter der mündlichen zurückbleiben lassen. Auch fehlt ihm, dem jeden Augenblick eine Unterbrechung der begonnenen Arbeit droht, die Musse, ja wenn ich sagen darf, die Stimmung zu einem durchdachten Entwurf, zu einer sorgfältigen Feilung. Ihm wird also im Einzelfalle das Stützgerüst eines Schemas willkommen sein.

Sieht er sich nach einem solchen Schema um, so ist die Auswahl eine sehr dürftige, gleichviel ob er sein Auge auf behördliche Verordnungen oder auf Meinungsäusserungen gelehrter Körperschaften oder auf Beschlüsse ärztlicher Vereinigungen richtet. Am häufigsten begegnet er noch den Fragebögen, welche von öffentlicher und privater Seite für eine Reihe von Sonderzwecken als Formular zu gutachtlichen Ausführungen ihm vorgelegt werden.

Damit geschieht aber gerade dem ärztlichen Praktiker kein Gefallen. Auf der einen Seite nämlich sind die Fragen häufig schwer verständlich, nicht eindeutig genug, so dass der Antwortende das unbefriedigende Gefühl hat, als ob er nicht klug genug sei, das zu verstehen, was der Andere wolle; andererseits findet er oft nicht genügend Rubriken, um alles das einzuordnen, was er gern im Einzelfall sagen möchte.

Wenn z. B. der Fragebogen einer Provinzial-Irrenanstalt (diese Schemata sind wohl die ältesten und mannigfaltigsten) mit der Frage beginnt:

> „Von welcher Konstitution, von welchem Temperamente, von welchen Neigungen ist der Kranke, finden bei ihm Antipathien, Idiosynkrasien statt und welche?“

und wenn dann als zweite Frage die Erziehung, als dritte die Erblichkeit, als vierte erst der Beginn der Krankheit kommt, so ist mir, obgleich ich diesen Fragebogen schon recht häufig vollzogen habe, bis heute noch nicht klar geworden, meint der Fragesteller die Neigungen, Idiosynkrasien etc. in gesunden Tagen oder nach Eintritt der Erkrankung.

Dann bergen aber solche Fragebogen-Schemata noch eine zweite Gefahr: Sie verführen dazu, statt Schilderungen von Thatsachen Urtheile anzuführen, so dass das Gutachten dann zur Atrappe wird, zu einem Schriftstück, welches in einer schönen Fragebogenhülle so viele „Ja“ und „Nein“ und „Möglich“ und „Wahrscheinlich“ enthält, dass der wirkliche Thatbestand gar nicht daraus ersichtlich wird. Ja, wenn man sieht, wie in der Fragebogen-Beantwortung solcher Gutachter, welche sich berufsmässig mit einem Sondergebiet, z. B. der Begutachtung von Unfallverletzten, einzelner Gewerbebetriebe beschäftigen, bestimmte Redewendungen in der Schilderung der angeblichen Thatsachen häufig wiederkehren, so hält man es nicht für unmöglich, dass der Fragebogen zur Urtheilstäuschung führt, dass man das an dem Verletzten sieht, was man gewöhnt ist, unter der betreffenden Frage zu vermerken.

Aus allen diesen Gründen ist es viel besser, wenn man der Individualität des Ausstellers möglichste Freiheit lässt und nur insoweit schematisch vorgeht, dass man den nothwendigen Inhalt eines Gutachtens und die Reihenfolge der einzelnen Anführungen ganz im Allgemeinen umgrenzt. Von alledem, was in dieser Beziehung von autoritativer Seite geboten ist, eignet sich nur eine Vorschrift zur Verallgemeinerung, das ist die preussische Ministerial-Verfügung über das Attestwesen der Medizinalbeamten vom 20. Januar 1853 resp. 11. Februar 1856. Wenn auch der Wortlaut derselben durch seinen Kuriatstil einige Zweifel in der Auffassung zulässt, so weiss ich sowohl aus eigener Lehrzeit wie aus den Erfahrungen meiner Physikatskurse, dass keine Form geeigneter ist, dem-

jenigen, welcher nicht ständig und täglich die Uebung im Gutachten behält, als Stütze zu dienen.

Verknüpfe ich mit der Schilderung dieser Verfügung einige Rathschläge, welche durch den überlieferten Gebrauch und die eigene Erfahrung an die ursprüngliche Verordnung sich angegliedert haben, so ergiebt sich Folgendes:

Ein ärztliches Gutachten soll schon äusserlich als das erkennbar sein, was es zu bedeuten hat, es soll zunächst eine dementsprechende Ueberschrift erhalten wie „ärztliches Gutachten", „ärztliches Attest"; zugleich soll es in der Ausstattung würdig erscheinen. Rezeptformulare, unscheinbare kleine Briefbogen oder abgerissene Blätter eignen sich nicht, darauf Urtheile niederzuschreiben, welche für das bürgerliche Leben von einiger Bedeutung sind. Ebenso muss eine allzu undeutliche Doktorhand durch Reinschrift ausgeglichen werden. Wer solche Kleinigkeiten für kleinlich hält, der weiss nicht, wie sehr er der Sache, welche er durch sein Gutachten vertritt, dadurch schadet. Sodann soll das eigentliche Gutachten aus sechs Theilen bestehen.

Der erste Theil enthält die Bezeichnung der Umstände, unter denen dasselbe erstattet wird. Diese soll der Aussteller im eigensten Interesse möglichst genau anführen. Er schützt sich so am ehesten vor nachträglicher hämischer Kritik oder davor, dass er zu missbräuchlicher Benutzung als unfreiwilliger Mitthäter mitwirkt. Demnach wird in diesem Theile zunächst der Name des Auftraggebers angeführt, dann folgt die Bezeichnung der untersuchten Person oder Sache, sowie die Angabe des Zweckes der Begutachtung und falls das Zeugniss von einer Privatperson zu behördlichem Gebrauch erfordert wird, der Name der Behörde, an welche dasselbe abgereicht werden soll. Schliesslich wird auch das Datum und der Ort der Untersuchung angegeben.

Der zweite Theil begreift das in sich, was man klinisch die Anamnese nennt, nämlich eine Schilderung aller derjenigen Umstände, welche dem Begutachtenden für seinen Auftrag wesentlich erscheinen, ohne dass sie auf eigener direkter Wahrnehmung desselben beruhen. Der Gutachter wird also in diesem Theile möglichst in der Zeitfolge eine kurze Vorgeschichte des Falles geben und wird dabei genau bemerken, wer ihm die Angaben gemacht hat, welche er anführt, ob sie vom Untersuchten, ob sie von Personen aus dessen Umgebung, ob sie von direkten behördlichen Mittheilungen oder aus Akten herrühren.

Der dritte Theil umfasst die eigenen thatsächlichen Wahrnehmungen, also den Status praesens. Derselbe wird bei aller Vermeidung der Weitläufigkeit, sofern es sich um die Untersuchung eines Menschen handelt, immer ein Bild von dem Gesammteindruck gewähren müssen, so dass z. B. beim einfachsten Prügelattest, ehe man zur Schilderung der Verletzungen übergeht, über den allgemeinen Ernährungs- und Kräftezustand, über Haltung, Puls, Hauttemperatur einige Angaben gemacht werden müssen.

Bei den ersten Versuchen der schulgemässen Abfassung dieses Theiles wird namentlich der junge Arzt den Gegensatz zwischen der Uebung in der klinischen Krankenbeschreibung und der Möglichkeit medizinischen Thatsachen in einem für Laien verständlichen Tone Ausdruck zu geben, spüren. Unsere Ausdrucksweise ist mit einer überflüssigen Menge von Fremdwörtern durchseucht, und wenn auch die einfache Uebersetzung derselben nicht in allen Fällen dem Nichtfachkundigen den Begriff völlig klärt, so schreckt die möglichste Anwendung deutscher Bezeichnungen den Lesenden wenigstens nicht von vornherein von dem Versuche ab, sich den Inhalt zu eigen zu machen. Bei vielen verhältnissmässig einfachen Körperbeschädigungen ist aber die Ausmerzung der medizinisch-technischen Bezeichnungen entscheidend für die Benützbarkeit.

Nehmen wir z. B. an, dass ein Schiedsgericht in Unfall-Versicherungs-Angelegenheiten die Folgen eines ungünstig geheilten Unterarmbruchs zu beurtheilen hat. Das Arztattest bekundet, „dass in Folge von Muskelatrophie die betreffende Extremität paretisch ist, dass ferner die Pronation und Supination gehemmt ist, und dass die Interphalangealartikulationen dreier Finger ankylotisch sind". Was sollen sich die beisitzenden Arbeitnehmer und Arbeitgeber, ja was soll sich der vorsitzende Richter dabei denken. Wie deutlich aber wird das einem wirklichen Vorfall entsprechende Bild, wenn man einfach zweckentsprechend übersetzt und sagt: „Der betreffende Unterarm ist in Folge Muskelschwund so schwach, als ob er gelähmt wäre, ferner kann er um seine eigene Achse weder nach auswärts, noch nach einwärts gerollt werden, sodann sind die Zwischengliedergelenke dreier Finger durch innere Verwachsung versteift."

Ausserdem ist aber zu erwägen, dass technische Fremdworte leicht dazu verführen, statt Thatsachen Urtheile anzuführen. Das Vermengen von Schilderung und Schlussfolgerung beeinträchtigt aber, welche Form man auch wählt, die Klarheit jedes Gutachtens.

Nach alledem kann man begreifen, dass Virchow mit anscheinend zu weitgehender Hartnäckigkeit für die Protokolle gerichtlicher Leichenöffnungen ausnahmslose Verdeutschung der Bezeichnungen und reinste Wiedergabe des sinnlich Wahrgenommenen ohne jede ummodelnde Beihülfe des Urtheils fordert, und wir können nur wünschen, dass dieser dritte Theil jedes medizinischen Gutachtens streng nach gleichen Grundsätzen abgefasst wird.

Einer eigenen Erfahrung möchte ich hier noch erwähnen, nämlich der, dass die Herren ebenfalls in Folge der Art, wie sie gewohnt sind klinische Befunde zu erheben, statt wohlstylisirter Sätze häufig nur ganze Reihen von Schlagworten aufführen. Solche Aphorismen, auch wenn sie noch so kennzeichnend sind, erscheinen dem Nichtarzt nicht geläufig, beeinträchtigen demnach die Deutlichkeit.

Der vierte Theil soll nach dem Wortlaut der zum Muster genommenen Verfügung „die aufgefundenen wirklichen Krankheitserscheinungen" enthalten. Dies ist. wie man bei der praktischen Ausführung bald erkennen wird, nicht so gemeint als ob man ähnlich wie man im Obduktionsbericht die wesentlichen Nummern des Obduktionsprotokolls noch einmal wörtlich aufführt, hier noch einmal die im Gesammtbefunde geschilderten krankhaften Abweichungen wiederholen sollte, nein hier handelt es sich darum, aus den Schilderungen Schlüsse zu ziehen, hier handelt es sich um die wissenschaftliche Diagnose. Diese wird in der Regel wiederum nicht in einem einzelnen, dem Fachmanne geläufigen Wortbegriffe, nein vielmehr in der diagnostischen Zusammenfassung der einzelnen Theile des gewonnenen Krankheitsbildes bestehen.

Hat man z. B. einen Geisteskranken zu untersuchen, so genügt es nicht, nach Schilderung einschlägiger Erscheinungen hinzuschreiben: „Der p. p. leidet an chronischer primairer Verrücktheit", ja im Gegentheil, es ist meist für den Zweck der Begutachtung unerheblich, ob eine solche klinische Diagnose ausgesprochen wird, wohl aber wird man folgendes Bild zusammenstellen: „Der p. p. äussert also ein Gefüge bestimmter, folgerichtig mit einander verknüpfter Beeinträchtigungs- und Grössenwahnideen, welche ihn so beherrschen, dass sie auf seine Stimmung und sein Verhalten von wesentlichem Einflusse sind."

Der fünfte Theil umfasst die praktische Schlussfolgerung aus dem wissenschaftlich erläuterten Krankheitsbilde, d. i. die

Erfüllung des ertheilten Auftrages. Hier schiessen sehr viele Gutachter über das Ziel hinaus, sie beantworten im wissenschaftlichen Eifer mehr als sie gefragt sind,

Wenn z. B. der Arzt dem Richter die Frage beantworten soll, ob an einem körperlich Beschädigten die dauernden Folgen bemerkbar sind, welche der § 224 des Straf-Gesetzbuches umgreift, so sind alle wenn auch noch so scharfsinnig ausgeführten Erwägungen über den prozentualen Grad der Erwerbsunfähigkeit überflüssig, da will der Richter eben nur wissen, ob die Begriffe des Siechthums, der Lähmung etc. hier festgestellt werden können.

Dabei darf ich nicht verschweigen, dass unter den Aerzten, welche ihr Sonderberuf häufiger zur Ausübung von Sachverständigen-Aufträgen bestimmt, gewichtige Stimmen laut geworden sind, welche meinen, man müsse die technische Verwerthung des wissenschaftlichen Befundes den Entscheidenden: den Gerichts- und Verwaltungsbehörden etc. überlassen, namentlich wenn es sich um Verknüpfung des diagnostisch abgegrenzten Materials mit dem Wortlaut von Gesetzesstellen handelt.

Ich habe mich niemals zu dieser Anschauung bekehren können und finde vielleicht in diesen Blättern noch Gelegenheit zu näherer Erläuterung dieser grundsätzlichen Frage. Jedenfalls muss der Gutachter, wenn ihn die gefundenen Thatsachen überhaupt zu praktischen Schlüssen berechtigen, dieselben mit genügender Bestimmtheit abgeben. Die schädlichsten Gutachten sind die, welche im Nachsatz das immer wieder halb zurücknehmen, was sie im Vordersatz ausgesprochen haben.

Der sechste Theil des Gutachtens endlich ist ein rein formeller. Er soll zeigen, dass der Sachverständige bei jeder seiner Verrichtungen sich der Verantwortlichkeit bewusst ist, welche auch die einfachste gutachtliche Aeusserung mit sich bringt. Und wenn auch der praktische Arzt die umständliche Versicherungsformel nicht niederzuschreiben braucht, welche dem Medizinalbeamten in Preussen sowie in einigen anderen deutschen Staaten auf Grund der bezeichneten Verordnung vorgeschrieben ist, so wird es sich doch empfehlen, der strengen Selbstprüfung bei Abgabe seines Urtheils durch eine Formel wie: „Ich versichere, dass ich mein Gutachten pflichtmässig und nach bestem Wissen erstatte“ Ausdruck zu geben.

Dann folgt als Unterschrift Ort und Datum der Ausstellung, der Name des Ausstellers und die Bezeichnung der Berufseigenschaft, in welcher das Gutachten abgestattet ist, Ebenso wie der Medizinalbeamte, wenn er als solcher ein Gutachten abgiebt, seinen Amts-Charakter beifügen muss, so ist es wünschenswerther, dass man ersehen kann, ob der praktische Arzt seine Meinungsäusserung nur als solcher oder als Krankenhausdirektor, Vertrauensarzt einer Genossenschaft u. s. w. abgegeben hat. Der Zeitpunkt der Ausstellung deckt sich nicht immer mit dem der Untersuchung. Dies zu wissen ist bisweilen für den Entscheid, zu dem das Gutachten beitragen soll, wichtig.

Dies ist das Schema, welches ich empfehlen möchte. Einigen wird es zu umständlich erscheinen und man wird mir einwenden, dass gerade der ärztliche Praktiker zu solcher Ausführlichkeit nicht Zeit findet, zumal ja die Gebührentaxen dergleichen Leistungen sehr niedrig bewerthen. Selbstverständlich halte auch ich die Abgeltungsvorschriften gutachtlicher Leistungen für durchaus aufbesserungsbedürftig, indessen so undurchführbar wie man im ersten Augenblicke meinen möchte, ist die Sache im Einzelfall nicht. Hat man sich erst ein wenig in diese Form hineingearbeitet, so lernt man durch Zusammenfassung des Wesentlichen den Text kürzen und es wird z. B. eine Folioseite zur erschöpfenden Erledigung in vielen Fällen genügen.

Einige freilich werden den Eifer, mit dem ich obige Summe von Kleinigkeiten rechtfertigte, als kleinlich belächeln. Denen gegenüber werde ich abwarten, ob sie mich durch Darbietung von Besserem davon überzeugen, dass meine Vorschläge überflüssig oder unrichtig sind.

Einige endlich werden meinem Rathe folgen und sich dadurch vielleicht mit einem Zweige ihres Berufs befreunden, der ihnen früher unangenehm war.

Ueber traumatische Wirbelerkrankung.

Von
Dr. H. Kümmell-Hamburg.
Chirurg. Oberarzt des Marien-Krankenhauses.

Auf der Naturforscher-Versammlung zu Halle 1891 habe ich über eine traumatische Erkrankung der Wirbel, welche ich nach der Eigenthümlichkeit ihrer Erscheinung als rarefirende Ostitis der Wirbelkörper bezeichnete, Mittheilung gemacht. Ich hoffte über dieses mir typisch erscheinende Krankheitsbild, welches ich damals in fünf innerhalb eines Zeitraumes von circa acht Jahren beobachteten Fällen kennen zu lernen Gelegenheit gehabt hatte, weiteren Aufschluss oder näheres Eingehen auf diesen Gegenstand von Seiten der anwesenden Chirurgen zu finden; jedoch war, wie es schien, die Erkrankung von den Meisten nicht beobachtet oder wurde vielfach, wie ich aus persönlichem Meinungsaustausch erfuhr, für eine tuberkulöse Spondylitis, vielleicht mit besonderem Verlauf, gehalten. Im Laufe der letzten drei Jahre hat sich die Zahl der in Rede stehenden Erkrankungen ganz wesentlich vermehrt und mich von der Richtigkeit des damals geschilderten Krankheitsbildes mehr und mehr überzeugt. Es ist nicht nur das wissenschaftliche Interesse an dieser Erkrankungsform, welches mich veranlasst, heute nochmals auf sie zurückzukommen, sondern auch die Beziehung dieses Leidens zu unseren Unfallsgesetzen.

Unsere modernen Unfalls-Gesetze veranlassen uns in weit höherem Grade, als dieses früher der Fall war, unsere Aufmerksamkelt auf Verletzungen und ihre Folgen, auf den Zusammenhang einer später auftretenden Krankheit mit einer früheren Verletzung zu richten. Es treten uns jetzt mehr und mehr Krankheitsbilder entgegen, die ihre Ursache in den stattgehabten Traumen haben, welche uns früher unbekannt waren oder anderweitig beurtheilt wurden; wir werden darauf hingewiesen, uns in zum Theil neue Verhältnisse hineinzugewöhnen und unsere Aufmerksamkeit auf andere unserer bisherigen ärztlichen Thätigkeit ferner liegende Verhältnisse zu richten, kurz wir müssen uns gleichsam in ein ueues Gebiet hineinarbeiten und manche neue Beobachtung richtig auffassen und deuten lernen. Wenn man nur einigermassen ein offenes Auge und warmes Herz für die durch Traumen recht schwer Betroffenen und zuweilen Verkannten hat, so wird es auch, wie ich glaube, zur ärztlichen Pflicht, auf Krankheitserscheinnugen aufmerksam zu machen, die wenig gekannt, vielfach falsch diagnostizirt, den Erkrankten als Simulanten oder Uebertreiber erscheinen lassen und ihm die zustehende ärztliche Behandlung und materielle Unterstützung entziehen. In diese Gruppe von Erkrankungen gehört gerade die traumatische Spondylitis; so behandeln wir z. B. seit längerer Zeit mehrere Patienten, die an dieser suf einen bestimmten Unfall zurückzubeziehenden, charakteristischen, für mich unverkennbaren Erkrankung leiden und denen die gesetzlich zustehende Entschädigung als anscheinende Simulanten entzogen ist. Die Leute sind so schwer krank und absolut arbeitsunfähig und wir hoffen jetzt, dass es in dem von unserer Armenbehörde angestellten gerichtlichen Verfahren zu einem entscheidenden, den Kranken zu ihrem Recht verhelfenden Urtheilsspruch kommen wird.

Was nun die wissenschaftliche Seite der traumatischen Spondylitis anbetrifft, so waren in allen von mir beobachteten Fällen die Symptome stets die gleichen, der Verlauf und die Prognose zeigten keine wesentlichen Abweichungen von einander, sodass ich sie für ein selbstständiges, wohlcharakterisirtes Krankheitsbild halten möchte.

Die Literatur dieser Krankheit ist eine sehr kleine und einfache. In den bekannten Lehrbüchern der Chirurgie und in unserer sonstigen Fachliteratur fand ich sie nirgends erwähnt, ebenso war sie einer grossen Anzahl von Chirurgen, die im Laufe der Jahre unser Krankenhaus besuchten und denen ich einschlägige Fälle zu zeigen Gelegenheit hatte, unbekannt. Auf dem Chirurgen-Kongress 1881 hat Schede in einer Diskussion über Wirbelfrakturen auf ein langes Weichbleiben der Knochen der Wirbelsäule aufmerksam gemacht, in Folge dessen noch lange Zeit nach der Fraktur Gibbusbildung entstehen kann. Schede hat auch späterhin mehrere der in Rede stehenden Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. In der neuesten Auflage seines Lehrbuches erwähnt Koenig diese Erkrankung, nachdem er sich in den letzten Jahren, durch eine Reihe von Beobachtungen von dem charakteristischen Krankheitsbild überzeugt hatte. Koenig war damals der Ansicht, dass es sich in den von mir geschilderten Fällen um eine tuberkulöse Krankheitsform handle.

Die Ursache der Krankheit bildet stets ein Trauma, sei es, dass eine direkte Gewalt die Wirbelsäule trifft, sei es, dass ein schwerer Gegenstand auf die Schultern oder den Nacken des Patienten herunterfällt oder dass beim Herausspringen aus einem in Bewegung befindlicheu Wagen der Oberkörper nach hinten gerissen wird und so eine Quetschung der Wirbelsäule eintritt. Die weiteren Folgen dieser Verletzung waren dann die, dass die Patienten nur kurze Zeit, oft nur 2—8 Tage, über mehr oder weniger heftige Schmerzen an der alterirten Parthie der Wirbelsäule zu klagen hatten; die Schmerzen schwanden allmählich und die Betroffenen konnten ihren verschiedenen, oft sehr schweren Berufen wieder nachgehen.

Nach längerer Zeit, nach Wochen, oft nach mehreren Monaten, stellen sich heftige Schmerzen in der Wirbelsäule ein, es gesellen sich je nach dem Sitz Neuralgien im Gebiet einzelner Intercostalnerven, leichte Mobilitätsstörungen in den unteren Extremitäten hinzu, der Gang wird ein unsicherer, und wenn man nunmehr die Patienten zu untersuchen Gelegenheit hat, tritt uns nach vollständigem Wohlbefinden, welches Wochen und Monate lang nach dem stattgehabten Trauma angedauert hat, eine mehr oder weniger ausgebildete Kyphose und vor Allem ein deutlicher Gibbus entgegen. Der Sitz dieser Erkrankung war in den meisten Fällen die Wirbelsäule. Die am Meisten prominirenden Wirbel und die zunächst oberhalb und unterhalb gelegenen sind auf Druck schmerzhaft wie bei einer tuberkulösen Spondylitis im akuten Stadium. Bei Suspension ist der Gibbus meist nicht mehr auszugleichen, es hat schon eine tiefergehende Zerstörung eines oder mehrerer Wirbelkörper stattgehabt, welche diese auch durch die spätere Behandlung nicht mehr gutzumachende Deformität hinterlässt.

Es handelte sich also kurz gesagt um ein Trauma oft geringfügiger Art, welches die Wirbelsäule direkt oder indirekt trifft, in seiner sofortigen Wirkung, meist nach wenigen Tagen keine Spur mehr hinterlässt, um nach Monaten völliger Gesundheit einen rarefizirenden Prozess der Wirbelkörper einzuleiten und mit einem Substanzschwund derselben zu endigen. Bei diesem Krankheitsprozess kommt es niemals zur Eiterung, wie bei einer tuberkulösen Sprondylitis, oder zu Verdickungen der ganzen Knochenmasse wie bei luetischen Prozessen, auch nicht zu Knochenauflagerungen und Veränderungen wie bei Arthritis deformans. Ob eine durch das Trauma veranlasste Kompressionsfraktur des Wirbelkörpers für alle Fälle anzunehmen ist, möchte ich unentschieden lassen; jedenfalls schien es mir für viele derselben sehr wahrscheinlich. Die Annahme, dass die einwirkende schädigende Gewalt anscheinend eine viel zu schwache war, um einen Bruch zu Stande zu bringen, so dass anderseits die geringfügigen rasch vorübergehenden Schmerzen einer so schweren Verletzung, wie die Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper sie bildet, nicht entsprechen würden, scheint mir nicht beweisend. Um einen schweren Wirbelbruch mit Zertrümmerungen, mit Dislokationen wird es sich selbstverständlich nicht handeln, sondern um eine durch ein oft geringfügiges Trauma hervorgerufene Kompression, eine Quetschung, wodurch die betroffenen Wirbelkörper so in ihrer Ernährung gestört wurden, dass es zu einer mehr und mehr bis zum Eingreifen der Therapie fortschreitenden Druckschwund gekommen ist. Es handelt sich um ein lokales Leiden, welches mit einer konstitionellen Erkrankung oder einer neuralgischen Affektion nichts gemeinsam hat.

Pathologisch anatomische Erfahrungen nach Autopsien hierher gehöriger Fälle kann ich Ihnen nicht vorlegen, da das Leiden nicht zum Tode führt und ein gelegentlicher Sektionsbefund bis jetzt nicht gemacht wurde. Die Diagnose des Leidens wird nach dem Mitgetheilten keine sehr grossen Schwierigkeiten bereiten und unter Berücksichtigung der wichtigsten Momente, Einwirkung eines Traumas bei einer sonst gesunden Person mit rasch vorübergehenden Schmerzen, dann später auftretende Gibbusbildung mit dem sich daran anschliessenden lokalen und fortgeleiteten Schmerzen auch leicht eine Verwechselung mit einer tuberkulösen Spondylitis, eventuell einer andern Wirbelerkrankung ausschliessen lassen. Nicht in allen Fällen ist der Gibbus ein sehr ausgeprägter, immerhin aber deutlich zu erkennen und durch den lokalen Druckschmerz noch leichter festzustellen. Die Therapie ist im grossen Ganzen eine dankbare und um so erfolgreichere quaod restitutionem ad integrum, je früher man die Patienten vor dem Eintritt weitergehenden Schwundes der Wirbelkörper in Behandlung bekommt. Immerhin sieht man jedoch auch Fälle, welche sehr lange Zeit jeder Therapie trotzten, dem Patienten mit einem geeigneten Stützapparat wohl wesentlich Erleichterung und Besserung verschaffen, ihn aber nicht vollständig von allen Beschwerden befreiten und nicht wieder vollständig arbeitsfähig machen. Es scheinen mir dies gerade die Fälle mit weniger weitgehender Zerstörung und weniger deutlicher Gibbusbildung zu sein.

Die Behandlung unterscheidet sich kaum von der jetzt üblichen, Ihnen allen bekannten mechanischen Therapie der tuberkulösen Spondilitis. Zunächst liessen wir die Kranken zur Beseitigung der heftigsten Schmerzen eine vollkommen horizontale Bettlage einnehmen, um dann nach ca. 2—4 Wochen zu einem geeigneten Korset resp. Stützapparat überzugehen. Früher bedienten wir uns zu dem Zweck leichter Gypskorsets, in letzter Zeit fast ausschliesslich die Hesing'schen Stoffkorsets. Diese übertreffen, richtig angefertigt, durch ihre Dauerhaftigkeit, ihren guten Sitz und ihre energische Extensionswirkung durch den von 2 Seitenstützen getragenen Kopfhalter, sowie ihr wenig auffälliges Aeussere alle sonstigen Apparate. Die Schmerzen der Kranken schwinden bei ruhiger Lage sehr bald und nach kurzer Zeit ist das Aufstehen und Umhergehen mit einem gut sitzenden Korset ohne Beschwerden möglich. — Der Prozess erstreckt sich, wie erwähnt, vorwiegend auf die Brustwirbelsäule; sitzt derselbe in den höheren Partien eben oberhalb des sechsten Wirbels, so ist zur Ausübung einer besseren, erfolgreicheren Extensionswirkung und dadurch bedingten Entlastung der sich berührenden Wirbelkörper die Verwendung der erwähnten Kopfstütze unerlässlich; ich pflege dieselbe ausnahmslos für alle Fälle anzuwenden. Dass durch

die Therapie, auch bei angenommener Distraktion der Wirbelsäule eine Regeneration der zerstörten Wirbelkörper eintritt, ist nicht anzunehmen. Wir erzielen immer — und das genügt vollständig — einen Stillstand des rarefizirenden Prozesses, eine Entlastung der Wirbelsäule, damit ein Aufhören oder Nachlassen der Beschwerden und eine schliessliche Ankylosirung der affizirten Knochenpartien. Das Tragen des Korsets muss sich über Monate, zum Theil über mehrere Jahre erstrecken und wird sich in Etwas nach dem Beruf und der Thätigkeit des Kranken richten müssen. Ein Patient, ein Müller, wurde so weit gebracht, dass er wieder Säcke zu tragen vermochte; ein anderer Patient, ein Tischler, hat ca. 2 Jahre mit geringer Unterbrechung das Korset tragen müssen, und ist jetzt vollständig arbeitsfähig. Einzelne noch der Berücksichtigung werthe Punkte werden Sie aus der Kasuistik, die ich nunmehr in aller Länge folgen lassen werde, ersehen.

Fall I. Ein 22jähriger junger Mann sprang, während der Zug noch in Bewegung begriffen war, von dem Trittbrett eines Wagens auf den Perron herab. Der Oberkörper wurde dabei mit ziemlicher Vehemenz nach hinten gerissen, ohne dass er dabei zu Fall kam, Patient verspürte heftige Schmerzen im Rücken, musste einige Tage das Bett hüten und konnte dann, nachdem die Schmerzen innerhalb 8 Tagen verschwunden waren, wieder seinem Beruf als Kaufmann nachgehen. Etwa $^1/_2$ Jahr später traten an der Anfangs empfindlichen Stelle lebhafte Schmerzen ein, welche sich mehr und mehr steigerten und nach den Extremitäten hin ausstrahlten. Als wir den Patienten einige Tage später in Behandlung bekamen, bot er das Bild eines an Spondylitis Leidenden dar, er ging mit vornübergebeugtem Kopf, gekrümmten Rücken, auf einen Stock gestützt oder durch Aufstützen der Arme auf die Oberschenkel oder an irgend einen Gegenstande einen Halt suchend. Die Untersuchung des Rückens bot einen sich über die ganze Brustwirbelsäule erstreckende Kyphose dar mit einem scharfausgeprägten Gibbus zwischen dem 7. und 8. Brustwirbel. Bei Anwendung ruhiger horizontaler Bettlage schwanden die Schmerzen sehr bald, sodass Patient bald in einem Gypskorset umhergehen konnte, nach etwa $^3/_4$ Jahr langer Dauer der Behandlung mit Gypskorset hatte Patient eine gerade Haltung, der Gibbus noch deutlich vorhanden, jedoch absolut unempfindlich. Patient war im Stande alle Bewegungen frei und schmerzlos auszuführen und konnte seinem Beruf wieder nachgehen, er trug noch längere Zeit einen leichten orthopädischen Stützapparat.

Fall II betrifft einen 20jährigen Müller, dem ein gefüllter Mehlsack auf die Schulter fiel, sodass er auf die Knie sank und nach vorne geworfen wurde; auch hier war Patient nach kurzem Krankenlager wieder im Stande seinem Beruf nachzugehen und will sogar in der Zwischenzeit Säcke getragen haben. Als er etwa 7 Monate nach dem primären Trauma in unsere Behandlung kam, hatte er einige Wochen zuvor über mehr und mehr zunehmende Rückenschmerzen zu klagen gehabt, auch hier trat in der Mitte der Brustwirbelsäule ein deutlicher scharf ausgeprägter Gibbus zu Tage. In der geschilderten Weise mit Gypskorset behandelt, schwanden die Schmerzhaftigkeiten sehr rasch, die allgemeine Kyphose der Wirbelsäule war bald beseitigt, doch blieb der Gibbus, wenn auch anscheineud etwas weniger deutlich bestehen; nach einem halben Jahre konnte Patient seinen Beruf als Müller wieder aufnehmen und konnte sogar, wie er mir später mittheilte, Säcke tragen, allerdings mit dem Korset, was er noch längere Zeit getragen hat.

Fall III betrifft einen 38 Jahre alten Tischler, der rücklings aus mässiger Höhe von einer Leiter herabfiel. Die anfänglichen Schmerzen schwanden bald, um nach etwa 5 Monaten allmählich mit solcher Intensität aufzutreten, dass er an das Bett gefesselt wurde. Der Gibbus sass in der Gegend des 6. Brustwirbels. Patient wurde nach längerer Behandlung mit ruhiger Bettlage und Gypskorset auf seinen Wunsch aus dem Krankenhause entlassen, durch anstrengende Arbeit während mehrerer Wochen trat von neuem eine lebhafte Schmerzhaftigkeit im Rücken auf. Von neuem während mehrerer Wochen mit Gypskorsets behandelt und mit einem solchen entlassen. Auch dieser Patient ist jetzt vollkommen geheilt und geht seinem Beruf als Tischler nach. Difformität der Wirbelsäule noch deutlich sichtbar.

Fall IV. Der 4. Fall ist insofern interessant, als ich Gelegenheit hatte, denselben von vornherein zu beobachten. Eine 40 Jahr alte Köchin rutschte auf der Treppe aus, fiel auf den Rücken und frakturirte sich dabei die linke Scapula, indem der untere Theil derselben 3 cm unterhalb der Spina vollständig abgesprengt war. Gleichzeitig bestanden anfangs heftige Rückenschmerzen. Patientin wurde nach 6wöchentlicher Behandlung mit normaler Wirbelsäule entlassen; sie konnte dann $1^1/_2$ Jahre lang als Köchin thätig sein. Circa $^1/_2$ Jahr vor ihrer Aufnahme begannen Schmerzen im Rücken, die sich allmählich bis zur Arbeitsunfähigkeit steigerten. Als ich die Kranke wiedersah, war der Rücken hochgradig kyphotisch, difformirt, in der Gegend des 3. und 4. Brustwirbels ein deutlicher, ungemein schmerzhafter Gibbus. Lange Zeit fortgesetzte horizontale Lage machte dann die Anlage eines Gypskorsets mit Jury-mast möglich; die Kyphose und die vornübergebeugte Haltung ist beseitigt, der Gibbus noch vorhanden, jedoch weniger ausgeprägt und wenig empfindlich. Patientin kann mit dem Korset schmerzfrei umhergehen und wird in absehbarer Zeit ihren Beruf wieder aufnehmen können, jedenfalls ist sie wesentlich gebessert.

Fall V. Ein weiterer Fall betrifft einen jungen Kavallerieoffizier, welcher beim Nehmen eines Hindernisses mit dem Pferde stürzte und bewusstlos fortgetragen werden musste. Nach heftigen Rückenschmerzen und ruhigem Verhalten während zweier Wochen konnte Patient wieder Dienst thun und reiten, erst ca. $^3/_4$ Jahr nachher stellten sich heftige Rückenschmerzen, Ziehen und Schwäche in den Beinen ein. Der 6. und 7. Rückenwirbel waren auf Druck ungemein empfindlich, ein leichtes Promeniren des Dornfortsatzes des Gibbus deutlich zu konstatiren. Nach einem längeren Urlaub, Ruhe und entsprechende Behandlung ist Patient wieder vollständig dienstfähig geworden. Ich will nicht auf weitere einzelne Fälle eingehen, die alle mehr oder weniger in derselben Weise verlaufen sind, und Sie nicht weiter mit einer detaillirten Kasuistik belästigen; nur noch einen, von seinen ersten Anfängen beobachteten Fall möchte ich kurz erwähnen.

Fall VI. Ein 25 Jahr altes Dienstmädchen war aus dem Fenster einer 2. Etage gefallen und wurde mit einer schwer komplizirten Fraktur des Vorderarms und heftigen Schmerzen in der Wirbelsäule in das Krankenhaus überwiesen. Das Sensorium der Patientin war frei, die Brustwirbelsäule auf Druck schmerzhaft und besonders in der Gegend des 6. und 7. Rückenwirbels. Dabei bestand eine Parese der unteren Extremitäten und eine solche von Blase und Mastdarm. Wir nahmen eine Wirbelfraktur an und behandelten die Patientin dem entsprechend. Auffallend rasch besserten sich in den nächsten Tagen die Erscheinungen von Seiten der unteren Extremitäten. Blase und Mastdarm funktionirten sehr bald normal. Nach 8 Tagen waren die Schmerzen der Wirbelsäule fast vollständig verschwunden. Patientin konnte sich im Bett aufsetzen und nach etwa 14 Tagen das Bett ohne wesentliche Schmerzen verlassen. Patientin wurde dann nach längerer Zeit an ihrer komplizirten Fraktur weiter behandelt. An der Wirbelsäule war nach den ersten 3 Wochen nicht die

geringste Veränderung zu konstatiren. Unsere ursprüngliche Diagnose, eine Wirbelfraktur, glaubten wir wegen dem raschen Schwinden aller vorhandenen Erscheinungen, dem schmerzlosen Umhergehen der Patientin, glaubten wir nicht mehr aufrecht erhalten zu dürfen, sondern wir nahmen eine starke Kontusion mit Bluterguss an. Etwa nach 10 Wochen fing Patientin an über Schmerzen in der Wirbelsäule zu klagen, die mehr und mehr zunahmen. Als wir dann die Patientin näher untersuchten, hatte dieselbe zwischen dem 6. und 7. Brustwirbel einen deutlich hervortretenden Gibbus mit lebhafter Schmerzhaftigkeit. Nach ruhiger Lagerung und Legung eines Korsets besserten sich die Schmerzen bald.

Auch in diesem Falle handelt es sich vielleicht nur um eine mächtige Kompression der Wirbelkörper, möglicherweise auch um eine Kompressionsfraktur, bei der die anfangs vorhandenen schweren Symtome rasch verschwanden. Was auch der pathologisch-anatomische Zustand der Wirbel gewesen sein mag, zweifellos ist, dass die Patientin kurze Zeit nach dem starken Trauma ohne Beschwerden einhergehen konnte und dass an der Wirbelsäule keine sichtbaren Veränderungen nachzuweisen waren. Der rarefizirende Prozess, der Schwund der Wirbelkörper, trat erst allmählich nach einem längeren, schmerzfreien Stadium ein, bis eine Gibbusbildung und konsekutive Schmerzen die Patientin von Neuem zu lebhaften Klagen Veranlassung gaben.

Das ist in kurzen Zügen ein Krankheitsbild, was sicher nicht zu den seltenen Vorkommnissen gehört, dessen Beobachtung wohl Allen, welche mit Verletzungen durch Unfall und ihre Beurtheilung zu thun haben, von Interesse sein dürfte und dessen richtige Erkenntniss vielle icht manchen schwer Geschädigten körperlich heilen und materiell helfen kann.

Referate.

Ueber die Simulation von Augenleiden und die Mittel ihrer Entdeckung.

Von A. Nieden, Bochum.

Die Arbeit, ein Separatabdruck aus der „Festschrift zur Feier des 25jährigen Jubiläums des Aerztlichen Vereines des Reg.-Bez. Arnswalde“, giebt aus der Feder des rühmlichst bekannten Ophthalmologen eine Zusammenstellung der hauptsächlichsten Methoden zur Entlarvung der Simulation von Augenleiden. Gerade in der heutigen Zeit, in der jeder Arzt Gelegenheit hat, Unfallverletzte zu untersuchen und zu begutachten, ist eine kritische Lichtung der Methoden zur Entlarvung von Simulanten ein höchst dankenswerthes Unternehmen. Verfasser theilt die simulirten Augenleiden in zwei grosse Gruppen, solche die von den Patienten selbständig hervorgebracht und unterhalten werden, und in simulirte Störungen der funktionellen Thätigkeit des Sehorganes, die sich als einseitige oder doppelseitige Schwachsichtigkeit oder Blindheit darstellen oder auch Anomalien der Muskelthätigkeit des Auges und seiner Schutzorgane betreffen. Besondere Schwierigkeiten bieten der Entlarvung simulirte Schwachsichtigkeit, während völlige Blindheit selten simulirt wird, oder wenn simulirt, meist leicht zu entlarven ist. Simulanten, die durch zahlreiche Untersuchungen schon gewitzigt sind, setzen der Ueberführung oft die grössten Schwierigkeiten entgegen. Dann führen öftere Untersuchungen zu verschiedenen Zeiten fast stets zum Ziele. Die einzelnen Methoden müssen im Original selbst nachgelesen werden. Sehr schätzenswerthe Hülfsmittel sind Prismen und das Stereoskop. Auch die Untersuchung des Gesichtsfeldes an einer planen Tafel führt oft zur Entlarvung, indem die Simulanten meist das in grösserer Entfernung aufgenommene. Gesichtsfeld kleiner angeben, während es thatsächlich grösser ist, als das in geringer Entfernung aufgenommene. Uebrigens tritt Verfasser im Gegensatze zu Rumpf, Hitzig, Schultze und anderen Forschern für die traumatische Neurose als selbständiges Krankheitsbild ein, welche sich ja im Auge vornämlich durch konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes und Ermüdungserscheinungen bemerkbar macht. J.

Ueber das Sehvermögen der Eisenbahnbeamten.

Von P. Silex.

Die Eisenbahnbehörden haben bisher für ihre im äusseren Dienst angestellten Beamten normales Sehvermögen verlangt. Seit dem 1. Januar 1893 fordern sie nur noch „ausreichendes“ Sehvermögen. Sie haben also ihre Anforderungen gegen früher herabgemindert. Es entsteht nun die Frage, was ist „ausreichendes“ Sehvermögen? Zur Entscheidung derselben müssen die Beamten in verschiedene Kategorien getheilt werden: in solche, die im äusseren Dienste keine Brille tragen dürfen (Lokomotivführer, Heizer, Rangierer) solche, denen Brillentragen gestattet werden darf (Zugführer, Wagenmeister, Stationsbeamte, Maschinenwärter, Schaffner, Bremser etc.) und in Beamte im innern Dienst. Die erste Kategorie muss bei emmetropischer oder gering hypermetropischer Refraktion (etwa bis 2 D) auf einem Auge mindestens $^2/_3$ Sehschärfe, auf dem anderen mindestens $^1/_2$ Sehschärfe haben. Myopen, Astigmatiker und höhere Hypermetropen sind nicht zu verwenden. Zweite Kategorie: auf einem Auge mindestens $^1/_2$ Sehschärfe, auf dem anderen $^1/_3$, wobei den 3 zuerst genannten Arten von Beamten nur bedingungsweise das Tragen einer Brille zu gestatten ist. Für Portier, Billetschaffner, Wärter etc. genügt natürlich eine noch geringere Sehschärfe. Für die Befähigung zum inneren Dienste verlangt das alte Regulativ, dass gewöhnliche Druckschrift auf 47 cm Entfernung event. mit Brille gelesen wird. S. hält 20 cm für ausreichend. Die jetzt üblichen Wiederholungsprüfungen von 5 zu 5 Jahren scheinen S. mit Recht eine zu weite Spanne zu umfassen; er plaidirt für 3jährige Wiederholungsprüfungen, und zwischendurch nach Versehen im Dienst, nach Unglücksfällen, nach schweren Krankheiten, nach Kopfverletzungen, Erschütterung und dergl. Bei langangestellten Beamten, deren Sehschärfe sich bei der Wiederholungsprüfung geringer, als oben gefordert, herausstellt, will S., falls sie ihren Dienst bisher zur Zufriedenheit versehen haben, besondere Rücksicht walten lassen. Auch in Bezug auf das Farben-Erkennungsvermögen urtheilt S. sehr milde, und der praktische Dienst wird ihm Recht geben. Es müssen schon sehr ungünstige Verhältnisse obwalten, wenn die rothen und grünen Signale auch von nicht ganz farbenfesten Individuen nicht unterschieden werden können. Unter den tausenden von Bahnunglücksfällen sind bis jetzt nur sehr wenige bekannt geworden, die mit Sicherheit auf die Verwechslung der farbigen Signale zurückgeführt werden konnten. Doch wird die Bahnverwaltung gut thun, um sich vor Vorwürfen zu schützen, was Uebrigens auch S. fordert, nur Leute mit durchaus normalem Farbensinn anzustellen. Zum Schluss tritt S. für die Anstellung von Bahn-Augenärzten in allen Direktionsbezirken ein. Ein kurzer Anhang nimmt auf die Verhältnisse bei ausserdeutschen Bahnen Bezug, im Speziellen auf die an den holländischen Bahnen gültigen Bestimmungen. J.

Gerichtliche Entscheidungen.

Reichs-Versicherungs-Amt. Amtl. Nachr. d. R. V. A.'s 1893, Inv.- u. A.-Vers., S. 123.

Anrechnung einer zu dauernder Erwerbsfähigkeit führenden Krankheit. Gegenüber Gesuchen um Bewilligung von Invalidenrente hat das Reichs-Versicherungs-Amt als Revisionsgericht wiederholt Gelegenheit gehabt, die Frage,

unter welchen Voraussetzungen und bis zu welchem Zeitpunkte ein Leiden, das zu dauernder Erwerbsunfähigkeit geführt hat, noch als anrechnungsfähige Krankheit im Sinne des § 17 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes anzusehen sei, einer grundsätzlichen Erörterung zu unterziehen. Mehrere einschlägige Fälle mögen im Nachstehenden mitgetheilt werden.

Ein etwa 35 Jahre alter Arbeiter erlitt im Juni 1891 einen Schlaganfall, der linksseitige Lähmung herbeiführte. Während der Zustand sich anfänglich besserte, so dass der behandelnde Arzt die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit in Aussicht stellte, kam die Genesung später zum Stillstande. Am 21. Juni 1892 erklärte der Arzt den Arbeiter für dauernd arbeitsunfähig mit dem Hinzufügen, das die Erwerbsunfähigkeit als eine dauernde erst von diesem letzteren Tage ab habe erkannt werden können.

Das Schiedsgericht erachtete auf Berufung des Staatskommissars den Anspruch des Arbeiters auf Invalidenrente für unbegründet. Es führte aus, der Umstand, dass der Versicherte seit Eintritt des Schlaganfalls ununterbrochen erwerbsunfähig geblieben sei, zwinge zu der Annahme, dass die dauernde Erwerbsunfähigkeit bereits im Juni 1891 und nicht erst dann eingetreten sei, als der behandelnde Arzt erkannt habe, dass die Hoffnung auf Wiedergenesung sich nicht verwirklichen werde. Demgegenüber hat das Reichs-Versicherungs-Amt durch Revisionsentscheidung vom 15. Mai 1893 dem Kläger die Invalidenrente vom 21. Juni 1892 ab mit nachstehender Begründung zugesprochen:

Wie das Reichs-Versicherungs-Amt bereits wiederholt angenommen hat, kann auf das „eine Beitragsjahr" des § 156 Abs. 1 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes auch eine unter § 17 Absatz 2 a. a. O. fallende Krankheit angerechnet werden, wenn und solange sie nicht mit dauernder Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 4 Absatz 2 oder des § 9 Absatz 2 und 3 a. a. O. verbunden ist. Dabei ist zu beachten, dass eine Krankheit, auch wenn sie den Betroffenen seit ihrem Beginn erwerbsunfähig gemacht hat, und wenn nach ihrem Ablauf eine Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht oder doch nicht in dem zur Fortsetzung des Versicherungs-Verhältnisses erforderlichen Grade wieder eingetreten ist, noch nicht nothwendig als von vornherein mit dauernder Erwerbsunfähigkeit verbunden angesehen zu werden braucht. Es kommen häufig Fälle vor, in denen eine Person an einem Leiden erkrankt, welches nicht nur seiner Natur nach vom Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft als an sich heilbar bezeichnet werden kann, sondern auch nach der Art seines Auftretens speziell bei dem Betroffenen nach vernünftigem Ermessen Aussicht auf Heilung bietet, gleichwohl aber statt des Eintritts einer solchen Heilung dauernde Erwerbsunfähigkeit herbeiführt. Dieser der Erwartung widersprechende ungünstige Ausgang kann durch den Hinzutritt besonderer, auch äusserlich erkennbarer Komplikationen oder Verschlimmerungen veranlasst sein. In solchem Falle werden sich zwei verschiedene Krankheitsphasen deutlich abheben, von denen die erste, bis zum Eintritt jener schädigenden Momente reichende als ein Zustand vorübergehender, die zweite aber als ein Zustand dauernder Erwerbsunfähigkeit sich kennzeichnet. Es können aber auch jene schädigenden Momente, welche die zweite Krankheitsphase einleiten, auf mehr oder minder latenten, innerlichen Vorgängen beruhen, deren genaue Entwickelung im Einzelnen sich zwar der Beobachtung des Arztes entzieht, auf deren wirkliches Vorhandensein derselbe aber nach dem ganzen, der sachverständigen Voraussage nicht entsprechenden und anormalen Verlaufe der Krankheit mit ausreichender Sicherheit schliessen kann. Auch hier werden die beiden Krankheitsphasen unterschieden werden müssen, und nur ihre zeitliche Abgrenzung gegen einander wird oft mit Schwierigkeiten verbunden sein. In dieser Beziehung wird man dann das freie sachverständige Ermessen gelten lassen müssen und in Ermangelung anderer Anhaltspunkte denjenigen Zeitpunkt als den des Eintritts dauernder Erwerbsunfähigkeit festzustellen haben, von dem ab der Arzt bei verständiger pflichtmässiger Beurtheilung den Eintritt der Heilung beziehungsweise der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit für ausgeschlossen erachtet.

Hieraus ergiebt sich in Fällen der vorliegenden Art, in denen also die Wiederherstellung vom Arzte anfänglich erwartet und vorausgesagt, demnächst aber ungeachtet des Fehlens äusserlich erkennbarer Komplikationen oder Verschlimmerungen thatsächlich nicht eingetreten ist, Folgendes für die Beurtheilung seitens der mit der Rentenfestsetzung befassten Organe, also der Versicherungs-Anstalt und in höherer Instanz des Schiedsgerichts und des Reichs-Versicherungs-Amts:

Ausschlaggebend kann nicht sein, ob die Unheilbarkeit der Krankheit oder die durch letztere verursachte dauernde Erwerbsunfähigkeit früher oder später vom Arzte erkannt ist, was ja durch mehr oder minder zufällige, vielfach auch in der Person des jeweiligen Sachverständigen liegende Umstände beeinflusst sein kann, sondern nur darauf kommt es an, ob und wann nach Ueberzeugung des festsetzenden Organs die Krankheit thatsächlich dauernde Invalidität erzeugt hat. Es wird also im Hinblick auf das gesammte Bild, welches die Krankheit nach ihrem Stande zur Zeit der nunmehrigen Beurtheilnng darbietet, zu prüfen sein, ob die damalige Vorherbestimmung des Verlaufs und Ausganges seitens des Arztes (Prognose) auf objektiv richtiger Erkenntniss der Ursachen und Art der Krankheit (Diagnose) beruht, und ob ausserdem die Prognose eine in sich so wohlbegründete war, dass ihr thatsächliches Nichteintreffen füglich nur auf den nachträglichen Eintritt besonderer, wenn auch nicht immer genau bestimmbarer Umstände zurückgeführt werden kann, welche nicht vorausgesehen worden sind und auch nicht vorausgesehen werden konnten. Es muss also das Krankheitsbild, wie es sich dem nachträglichen Beurtheiler zeigt, die Scheidung jener beiden Krankheitsphasen zulassen. Ergiebt sich dagegen, dass die günstige Prognose auf unrichtiger Diagnose beruht, und dass von vornherein ein nach dem derzeitigen Stande der Wissenschaft unheilbares Leiden vorlag, welches der Arzt nur in seinen früheren Stadien nicht als solches erkannte, so kann nicht von zwei verschiedenen Phasen einer Krankheit, sondern nur von einem einheitlichen Krankheitsbilde die Rede sein. In diesem Falle, sowie dann, wenn sich zwar die Diagnose als richtig herausgestellt hat, das feststellende Organ aber aus der gesammten Sachlage nicht die Ueberzeugung gewinnt, dass die Prognose eine nach den damaligen Umständen in sich wohlbegründete im obigen Sinne war, wird anzunehmen sein, dass der Beginn der dauernden Erwerbsunfähigkeit mit dem Anfange der Krankheit selbst zusammenfällt.

Beurtheilt man nach diesen Gesichtspunkten den vorliegenden Fall, so ergiebt sich, dass das Schiedsgericht den Begriff der dauernden Erwerbsunfähigkeit verkannt hat. Die Entscheidungsgründe lassen erkennen, dass der Vorderrichter nicht lediglich aus den Umständen des vorliegenden Falls die Ueberzeugung gewonnen hat, der Kläger sei schon im Juni 1891 dauernd erwerbsunfähig geworden, sondern dass er offenbar allgemein davon ausgeht, dass, weil die Erwerbsunfähigkeit seit dem Beginn der Krankheit nicht wieder beseitigt worden sei, deshalb auch mit letzterem Zeitpunkte schon die dauernde Erwerbsunfähigkeit ihren Anfang genommen haben müsse.

Die Vorentscheidung unterlag daher der Aufhebung. Bei selbständiger Prüfung der Sachlage hat das Reichs-Ver-

sicherungs-Amt die Ueberzeugung gewonnen, dass hier der Beginn der dauernden Erwerbsunfähigkeit des Klägers nicht bereits mit dem Beginn der Krankheit, also mit dem am 21. Juni 1891 erlittenen Schlaganfall, zusammenfällt. Es ist vielmehr in Uebereinstimmung mit den Ausführungen der Versicherungs-Anstalt davon auszugehen, dass bei Personen im Alter des Klägers ein erstmaliger Schlaganfall in der Regel zu den Leiden gehört, deren Folgen erfahrungsmässig dauernd oder doch für absehbare Zeit ganz oder zum grössten Theile wieder beseitigt werden können. Das in sich schlüssige und auch sonst bedenkenfreie Gutachten des behandelnden Arztes lässt in keiner Weise erkennen, dass nach der Art des Auftretens des Leidens im gegenwärtigen Falle jene Hoffnung von vornherein ausgeschlossen war. Seine Prognose war vielmehr eine durchaus günstige, und dieselbe wird namentlich auch dadurch unterstützt, dass anfänglich nach und nach in dem Zustande des Klägers eine nicht unerhebliche Besserung eintrat, deren allmäliges Fortschreiten nach sachverständigem Ermessen erwartet werden durfte. Der Arzt war daher durchaus berechtigt, den Zustand des Klägers zunächst für den einer vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu erklären. Wenn nun die Gegenpartei ausführt, der Stillstand der Besserung sei darauf zurückzuführen, dass der Körper des Klägers von vornherein nicht die erforderliche Regnerationsfähigkeit besessen habe, so beruht dies lediglich auf Vermuthung. Mindestens ebenso nahe liegt die entgegengesetzte Annahme, dass nämlich der Stillstand der Besserung durch den späteren Hinzutritt besonderer, wenn auch nicht wahrnehmbarer innerer Vorgänge verursacht sei. Jedenfalls aber bietet das ganze Krankheitsbild keinen Anhalt dafür, das Gutachten des Sachverständigen, dem zufolge der Eintritt der dauernden Erwerbsunfähigkeit erst vom 21. Juni 1892 ab erfolgt ist, für unzutreffend zu erklären.

In zwei anderen Fällen ist auf Grund ähnlicher Erwägungen durch die Revisions-Entscheidungen vom 8. Mai und vom 4. Juli 1893 der Beginn der dauernden Erwerbsunfähigkeit als mit dem Anfange der Krankheit zusammenfallend erachtet und deshalb, da letzterer noch in das erste Beitragsjahr fiel, den betreffenden Versicherten die Invalidenrente versagt worden. In dem einen dieser Fälle hatte der Arzt die die Erwerbsunfähigkeit herbeiführende Krankheit zunächst für einen blossen Magenkatarrh gehalten und deshalb für heilbar erklärt, während es sich, wie sich nachträglich mit Sicherheit herausstellte, von vornherein um ein unheilbares Krebsleiden handelte; hier beruhte also die Hoffnung auf Wiederherstellung nur auf der unzutreffenden Diagnose des Arztes und war objektiv niemals vorhanden gewesen. In dem zweiten Falle hatte der Arzt die Krankheit des Klägers zwar richtig als einen chronischen Magen- und Darmkatarrh, verbunden mit allgemeiner Körperschwäche, erkannt. Nachdem aber die von ihm in Aussicht gestellte Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sich als dauernd ausgeschlossen herausgestellt hatte, vermochte er seine Prognose nicht näher zu begründen, erklärte vielmehr ausdrücklich, dass eine Verschlimmerung der Krankheit in dem Sinne dass von dem Augenblick dieser Verschlimmerung ab die dauernde Erwerbsunfähigkeit zu datiren wäre, während des Verlaufes der Krankheit nicht eingetreten sei. Da letztere auch sonst durchweg ein einheitliches Bild darbot, so liessen sich hier zwei verschiedene Phasen der Krankheit in dem oben dargelegten Sinne nicht unterscheiden, und die günstige Voraussage des Arztes konnte nicht als eine in sich wohlbegründete für ausschlaggebend erachtet werden.

B.

Gerichts-Verhandlungen.

Aus dem Reichs-Versicherungs-Amt.

Das Gericht nahm als festgestellt an, dass der Schornsteinfeger Sch. am 12. April 1893 vom Dache gefallen war und sich das linke Bein gebrochen hatte. Nachdem Sch. längere Zeit in einem Krankenhause behandelt worden war, wurde er am 19. Oktober 1893 aus der ärztlichen Behandlung als geheilt entlassen. Da das verletzte Bein noch schwach und auch um 2—4 cm gegen früher verkürzt war, so bewilligte die Berufsgenossenschaft der Schornsteinfegermeister des deutschen Reichs auf ärztlichen Rath dem Verletzten eine Rente von $33^1/_3$ Prozent. Als später Sch. am 18. Februar 1894 an „galoppirender" Lungenschwindsucht starb, trat die Wittwe des Verstorbenen mit Rentenansprüchen gegen die erwähnte Berufsgenossenschaft auf und behauptete, dass Sch. seinen frühen Tod lediglich in Folge des Unfalls gefunden habe. Ihr Ehemann sei vor dem Unfall stets kerngesund gewesen und habe früher nie Brustbeschwerden gehabt. Ehe die Berufsgenossenschaft zu dem Antrag der Wittwe Sch. Stellung nahm, forderte sie mehrere Aerzte auf, sich über den in Frage stehenden Fall gutachtlich zu äussern. Dr. B. und Dr. K. konstatirten, dass Sch. an der Schwindsucht gestorben sei und erklärten auch ferner, dass ein Zusammenhang zwischen dem Tode und dem erlittenen Unfall des Sch. nicht anzunehmen sei; die Schwindsucht des Sch. sei ganz unabhängig von dem fraglichen Unfall entstanden. Dr. H., welcher den Verletzten im Krankenhause längere Zeit behandelt hatte, erklärte, dass Sch. zur Zeit seines Unfalls und während der Behandlung im Krankenhause weder gehustet habe, noch auch andere Symptome der Schwindsucht habe erkennen lassen. Es müsse zugegeben werden, dass den Sch. der Unfall erheblich angegriffen und in seiner Widerstandskraft bedeutend geschwächt habe; daher sei auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass Sch. durch Schwindsüchtige im Krankenhause angesteckt worden sei. Der letzteren Ansicht trat die Berufsgenossenschaft aber nicht bei, sondern nahm mit den anderen Aerzten an, dass zwischen dem Unfall des Sch. und dem Tode dieses Mannes ein ursächlicher Zusammenhang nicht bestehe und wies daher die Wittwe des Verschiedenen mit ihren Rentenansprüchen zurück. Die Wittwe Sch. legte darauf fristzeitig Berufung beim Schiedsgericht ein und beantragte erfolgreich die Verurtheilung der Berufsgenossenschaft. Das Schiedsgericht erklärte die Beklagte für haftbar, da es zur Ansicht gelangte, dass Sch. in Folge mangelnder Widerstandskraft im Krankenhaus durch Schwindsüchtige angesteckt worden sei; das Berufungsgericht wurde in dieser Annahme noch durch den Umstand bestärkt, dass Sch. nach Angabe der Zeugen vor dem Unfall völlig gesund gewesen sei. Diese Entscheidung suchte die verurtheilte Berufsgenossenschaft durch das Rechtsmittel des Rekurses beim Reichs-Versicherungs-Amt anzugreifen und erklärte, es fehle jeder Nachweis dafür, dass Sch. im Krankenhause durch Schwindsüchtige angesteckt wurde; ebensowohl könne er sich die Ansteckung auch ausserhalb des Krankenhauses zugezogen haben. Das Reichs-Versicherungs-Amt wies jedoch den Rekurs der Berufsgenossenschaft als nicht zutreffend zurück und erklärte, es liege kein Grund vor, die Entscheidung des Schiedsgerichts abzuändern; es sei aber zuzugeben, dass die Sache auf der Grenze liege. M.

Aus dem Ober-Verwaltungs-Gericht.

Der Kaufmann H. besass seit vielen Jahren in Hirschberg einen Handel mit Fellen und Häuten. Letztere, welche H. in seiner Scheune aufzuhängen pflegte, verbreiteten in der Umgegend recht unangenehme Gerüche, so dass die Nachbarn

des Fellhändlers seit Jahren die Polizei-Verwaltung mit Beschwerden überliefen und dringend um Abhilfe baten. Wegen überwiegender Nachtheile und Gefahren für das Gemeinwohl kann die fernere Benutzung einer jeden gewerblichen Anlage durch die zuständige Behörde zu jeder Zeit auf Grund der Gewerbe-Ordnung untersagt werden. Zuletzt trat auch die Polizei der betreffenden Angelegenheit näher und untersagte dem H. das Lagern von Häuten und Fellen auf seinem Grundstücke. In der Nähe des übelriechenden Grundstücks befindet sich auch eine Kaserne, deren Insassen ebenfalls durch die üblen Gerüche arg belästigt worden waren. Ein Militärarzt hatte sich dahin geäussert, dass die unangenehmen Gerüche nicht nur belästigend, sondern auch gesundheitsgefährlich seien. Auch hielten sich auf dem Grundstück des H. eine unbeschreibliche Menge von Fliegen auf, welche auf den Fellen und Häuten Nahrung suchten. Es sei auch zu wiederholten Malen vorgekommen, dass in Folge der Stiche jener Fliegen bei Menschen Schwellungen und Blutvergiftungen leichterer Art sich gezeigt hätten. Dr. H. war ebenfalls der Meinung, dass das Lagern der Felle in der Stadt gesundheitsgefährlich sei. Die üblen Gerüche, welche den Fellen entströmten, verunreinigten die Luft derartig, dass die Nachbarn oft gezwungen wären, die Fenster zu schliessen. Wegen mangelnden Zutritts frischer Luft würde dann die Luft in den Zimmern der Umwohner erheblich verschlechtert; die Zustände seien geeignet, die Gesundheit von kränklichen Personen und Kindern besonders zu gefährden. Das Verbot des Felllagers in der Stadt erscheine daher durchaus gerechtfertigt. Der Kaufmann H. hingegen berief sich auf Professor F., der erklärte, die fraglichen Gerüche seien wohl belästigend, aber nicht gesundheitsgefährlich. Nachdem sodann der Fellhändler ohne Erfolg Beschwerde beim Regierungs-Präsidenten und Ober-Präsidenten von Schlesien erhoben hatte, beschritt er den Klageweg beim Ober-Verwaltungs-Gericht. Letzteres beschloss in seiner ersten Sitzung eine eingehende Beweisaufnahme zu veranlassen. Die meisten Zeugen bekundeten auch, dass besonders zur warmen Jahreszeit in der Nähe des Felllagers ein so unangenehmer Geruch sich verbreitete, dass den meisten Personen übel wurde, auch kam es nicht selten vor, dass Pferde in Folge des ekelhaften Gestanks scheu wurden und durchgingen. Selbst ein Lohgerber fühlte sich durch den Geruch belästigt und dachte aus jener Gegend fortzuziehen. Allgemein wurde auch über die zahlreichen Ratten und Fliegen Klage geführt, welche sich in der Nähe des Felllagers aufhielten. Der Kaufmann H. bestritt nach wie vor, dass der Geruch von den Fellen gesundheitsschädlich sei und erklärte, er selbst und seine Familie erfreuten sich der besten Gesundheit. Es sei überhaupt eine feststehende Thatsache, dass z. B. Gerber, welche stets von ähnlichen Gerüchen umgeben seien, gesund blieben. — Das Ober-Verwaltungs-Gericht entschied indessen ebenfalls zu Ungunsten des Klägers H. und gelangte zur Ueberzeugung, dass die fraglichen Gerüche bei längerer Dauer der Gesundheit gefährdend seien. M.

Tagesgeschichte.

Schadenersatzpflicht für „falsche" Behandlung.

In No. 49 der Med. Ref. findet sich ein lehrreiches Beispiel dafür, wie unverhältnissmässig gross im Vergleich zu der gesetzlich möglichen Entlohnung die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes heutzutage ist, nicht weil sich die Gesetzesvorschriften geändert haben, sondern weil die ganze Stellung des Arztes dem Publikum gegenüber eine andere geworden ist, weil nicht blos die Anhänglichkeit, nein auch die Duldsamkeit abgenommen hat.

Der Fall ist kurz folgender: Der praktische Arzt Herr Dr. P. in Charlottenburg wird von dem Malermeister S. daselbst unter Zuhülfenahme des Armenrechts auf Schadenersatz verklagt. Er hat den Kranken, welcher Mitglied einer Ortskrankenkasse ist, vom 24. Novbr. 1893 bis 22. Februar 1894 unter den Erscheinungen von Schmerzen in der rechten Hand und dem rechten Ellbogen- und Schultergelenk, verbunden mit lähmungsartiger Schwäche der rechten Hand und Unfähigkeit den rechten Arm zu normaler Höhe zu heben, behandelt. Als Diagnose notirte er „rheumatische Lähmung". In der Königl. chirurgischen Klinik in Berlin, welche der Kranke am 4. Januar 1894 einmal zwischendurch aufsucht, wird der Fall als „Arthritis" bezeichnet. Am 23. Februar, wo die gesetzlichen Leistungen der Kasse enden, begiebt sich der Kranke ungebessert in die Königl. medizinische Poliklinik nach Berlin, wo die Diagnose Bleilähmung gestellt und der Patient bis zu seiner Genesung, d. h. bis 21. April, behandelt wird.

Der Kranke verlangt nun für die Zeit vom 23. Februar bis 21. April (augenscheinlich für die Zeit, wo er kein Krankengeld mehr erhielt) Schadenersatz für täglich 5 Mk. entgangenen Arbeitslohn, also in Sa. 240 Mk., weil seine Arbeitsunfähigkeit für diese Zeit durch die unrichtige Diagnose und die darauf beruhende unrichtige Behandlung verschuldet sei.

Prof. Senator als Sachverständiger bekundet: dass der Fall insofern ein ungewöhnlicher sei, als die Symptome, welche denselben als Bleilähmung charakterisirten, sich erst deutlich um die Zeit, wo Patient die medizin. Poliklinik aufsuchte, zeigten, dass sogar die anfängliche Schmerzhaftigkeit gegen die Annahme der Bleilähmung gesprochen hätte. Ausserdem konnte Dr. P. beweisen, dass die Behandlungsmethode in der medizin. Poliklinik im Wesentlichen dieselbe gewesen sei, als die seinige.

Daraufhin erkennt das Amtsgericht, dass das klägerisch behauptete mässige Versehen, welches nach dem Allg. Land-Recht Th. I, Tit. 3, § 33 u. Th. I, Tit. 5A, § 287, den Beklagten haftbar macht, nicht vorliege und weist die Klage ab.

Uebrigens hätte Herr Kollege P. zu seiner Entlastung noch hervorheben können, dass die Wirkung jeder Behandlungsmethode in diesem Falle auch von der bisherigen Krankheitsdauer abhing. Sie musste desto erfolgreicher sein, je weiter sie von dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit zeitlich sich entfernte, da der Kranke durch sein Nichtarbeiten der weiteren Wirkung der gewerblichen Schädlichkeit entzogen blieb.

Schliesslich, welch ein Unterschied in der Verantwortlichkeit! Hier der Pfuscher, welchem sich das Publikum in die Hand giebt, nicht weil es eine Einsicht desselben in das Wesen der Krankheit für möglich hält, sondern weil es gläubig meint, derselbe treffe instinktiv das Richtige; dort der Arzt, welcher an seinem Beutel gestraft werden soll, weil ihm trotz Sachkenntniss und Erfahrung ein dunkler Fall unaufgeklärt blieb. L.

Erklärung.

Nach einem uns zugesandten Fahnenabzug für No. 53 der „Berliner klinischen Wochenschrift" legen die Herren Professoren Ebstein, König, L. Meyer und Schmidt-Rimpler aus Göttingen Verwahrung gegen folgenden Satz unseres Programms ein: „Die Universität nimmt vorläufig auf den einschlägigen Theil praktischer Ausbildung so gut wie keine Rücksicht." Wir sind durch die Ausführungen der genannten Herren keineswegs von der Unrichtigkeit dieser Behauptung überzeugt, haben der „Berliner klinischen Wochenschrift" bereits eine dementsprechende Gegenerklärung gesandt und behalten uns vor, in ausführlicher Weise in unserer Zeitschrift darauf zurückzukommen.

Dr. L. Becker. Dr. A. Leppmann.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker — Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann — Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 2. Ausgegeben am 15. Januar.

Ueber ärztliche Atteste mit spezieller Berücksichtigung der Lebensversicherung.

Von dem langjährigen Revisionsarzte einer grösseren Lebensversicherung.

Es ist eine alte Klage, welche auch schon oft in ärztlichen Vereinen zum Ausdruck kam, dass die ärztlichen Atteste nicht immer den nothwendigen Anforderungen entsprechen. In einer besonders peinlichen Weise kommt das nicht selten zum Ausdruck bei Vorlage derselben im Gerichtssaal und bei den Militärbehörden; hier muss der Unschuldige mit dem Schuldigen leiden — und auch der gewissenhafteste Arzt erlebt es, dass sein sorgfältig und nach bestem Wissen ausgestelltes Zeugniss keine Beachtung findet, weil die betreffenden Behörden von der Ansicht ausgehen, dass der Hausarzt doch nur das Interesse seines Klienten vertrete.

Bei den wirklich zu beanstandenden Zeugnissen handelt es sich aber wohl meist um Lässigkeit oder um missverstandene Humanität. Der Arzt sollte aber nie vergessen, dass ein seine Unterschrift tragendes Dokument für ihn Ehrensache ist, und dass die betreffende Behörde, welche es für werthlos hält, ihm oft genug andere Motive unterschiebt als die thatsächlich wohlwollende menschenfreundliche Gesinnung.

Man kann unter gegebenen Umständen der Meinung sein, die Ausstellung eines Zeugnisses verweigern zu sollen — setzt man aber einmal die Feder an, so darf es sich nur um die Wahrheit handeln, um die volle unverschleierte Wahrheit. Die heilige Verpflichtung des Arztes zur Humanität komme zum Ausdruck bei der treuen hingebenden Behandlung des Kranken, aber nicht durch Wohlthätigkeit aus anderer Leute Tasche. Hier kann jeder, auch der einfachste, praktische Arzt nach seinem Theil dazu beitragen, die Würde seines Standes zu wahren, der gerade in unserer Epoche hart kämpfen muss, sich in dem alt erworbenen Ansehen zu behaupten. Durch die Unfall- und Invaliditäts-Versicherung hat das ärztliche Attest-Wesen eine weitere und sehr wichtige Ausdehnung erhalten.

Wenn der erste ärztliche Bericht über den erlittenen Unfall oder die durchgemachte Krankheit nicht mit äusserster Gewissenhaftigkeit und Verlässlichkeit abgesetzt ist, so entstehen später Schwierigkeiten ohne Ende über welche die in letzter Instanz begutachtenden Revisionsärzte, schon seit einiger Zeit immer mehr zu klagen haben. Diese Herrn sind in Folge dessen oft gar nicht mehr in der Lage eine wirklich sichere Entscheidung treffen zu können und die Sache geht schliesslich zum Schaden der Kasse und manchmal auch des Versicherten zu Ende.

Hier muss der begutachtende Arzt einen ganz andern Standpunkt einnehmen, als bei der Behandlung eines Kranken. Hier handelt es sich darum, vorurtheillos festzustellen, ob die angeblichen Beschwerden wirklich in direktem Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall oder der durchgemachten Krankheit stehen.

Wieder anders ist die Sachlage bei einem Kandidaten für die Lebensversicherung, der sich als gesund und als annehmbares Risico darstellt, und auch wirklich der Meinung sein kann, dass bei ihm nichts Bedenkliches vorliege.

Der Vertrauensarzt darf nicht glauben, dass ein Kandidat, bei welchem sich nichts wesentlich Abnormes nachweisen lässt, schon deshalb allein aufnehmbar sei. Die Lebenserwartung wird in hohem Grade durch den Habitus, die Heredität, die vorher durchgemachten Erkrankungen, die Lebensweise und den Beruf bedingt. Das muss alles berücksichtigt werden — sonst bleiben ungünstige Resultate nicht aus. Stirbt ein Versicherter nach ganz kurzer Versicherungsdauer an einer akuten Krankheit, so ist das in dem selbstverständlich zu tragenden Risiko bedingt. Stirbt aber ein Versicherter nach 1—2, ja auch nach 3jähriger Versicherungsdauer an einem schon länger bestehenden chronischen Leiden, so gehört das unter Umständen zu den vermeidbaren Vorkommnissen — und doch sind solche Fälle gar nicht selten.

Auf dem Aerztetag 1894 ist die Vertrauensarzt-Frage eingehend erörtert worden und es ist bei dieser Gelegenheit augenfällig zu Tage getreten, dass vielfach in ärztlichen Kreisen die Lage der Lebensversicherung ganz falsch verstanden wird. Das zeigte sich z. B. auch bei Besprechung der sogenannten Anstellung der Vertrauensärzte und der Formulare.

Der Wechsel der Vertrauensärzte liegt dnrchaus nicht im Interesse der Gesellschaften.

Jede Gesellschaft wird dem bewährten Vertrauensarzte treu bleiben. Aber das Verlangen, einem Arzte, der absolut unbrauchbare Atteste ausstellt, die Gründe seiner nicht weiteren Verwendung rückhaltslos mitzutheilen, lässt sich praktisch nicht durchführen und würde zu Unzukömmlichkeiten führen. Der Mann kann ja sonst recht ehrenwerth sein — aber er hat einfach nicht genug gelernt, kann in Folge dessen nicht sicher untersuchen, hat nicht den richtigen Begriff von der Aufgabe oder auch vielleicht keine Neigung dazu. Zeigt es sich, dass ein tüchtiger und geeigneter Arzt aus mangelnder Uebung dies oder jenes nicht zweckdienlich berücksichtigt, so wird man die Mühe der Korrespondenz nicht scheuen und erreicht auch alsdann erfahrungsgemäss immer den gewünschten Zweck. Freilich ist es erforderlich, dass man bei Auswahl der Vertrauensärzte den Einfluss der Agenten vollkommen ausschliesst, und es sind darum die auf dem Aerztetag in dieser Hinsicht gefassten Beschlüsse durchaus zu begrüssen.

Die Formulare der Atteste sind ja nicht immer in allen Punkten zweckmässig und könnten wohl auch vereinfacht werden.

Aber es zeigt sich in der Praxis, dass gerade die tüchtigen Vertrauensärzte auch mit den komplizirtesten Formularen ganz gut fertig werden und die Fragen in kurzer prägnanter Weise ohne zu grossen Zeitverlust ausfüllen können. Dazu ist freilich erforderlich, dass man sich vorher mit dem Formular vertraut gemacht hat und im Geiste die Fragen nach ihrer Bedeutung zusammenfasst, alle umständlichen Redewendungen und Tautologieen aus der Fragestellung selbst vermeidet; vor allem, dass man bei der Untersuchung selbst systematich verfährt. Ein kurzes, doch alles Nothwendige enthaltende Attest ist eine wahre Wohlthat für den Revisionsarzt, namentlich wenn auch die Handschrift leserlich ist. Schwer zu lesende Atteste verursachen oft recht grossen Zeitverlust, und wäre es manchmal recht liebenswürdig, wenn ein solcher Kollege lieber diktiren würde.

Manche Fragen der Formulare möchten ja wohl dem im Versicherungsfach nicht routinirten Vertrauensarzt überflüssig erscheinen, haben sich aber doch in der Praxis als unentbehrlich herausgestellt. Dahin gehören die genauen Körpermasse, die Fragen wegen Magerkeit oder Korpulenz, der Gesichtsfarbe etc.

Diese Fragen bekommen eine grosse Bedeutung, wenn derselbe Kandidat nach einiger Zeit sich wieder zu einer Untersuchung vorstellt und können dann Anhaltspunkte liefern, ob bei demselben eine Disposition zu Phthisis oder bedenklicher Fettleibigkeit vorliegt.

So hat es auch einen grossen Werth, dass die Angaben über Heredität und frühere Krankheiten von dem Vertrauensarzt selbst erhoben und kontrolirt werden, weil alle diese Dinge zusammen mit dem Untersuchungsbefund erst dem Vertrauensarzt ein volles Urtheil über die Lebenserwartung gestalten. Dahin gehört auch die Berücksichtigung des Berufes und der Lebensweise (reichliches Essen und Trinken). Nach der Seite der Phthisis sind die Berufsarten zu berücksichtigen, bei welchen sich der Antragsteller bedenklichen Staubinhalationen aussetzen oder in sonst verschlechterter Luft aufhalten muss, wodurch die bereits vielleicht schon angedeutete ungünstige Disposition weiter nachtheilig beeinflusst wird.

Solche wichtige, auf rein ärztlichem Gebiete liegende Fragen kann man doch wahrlich nicht dem Agenten überlassen. Aber es wäre sehr wünschenswerth, wenn sie der Vertrauensarzt gleich bei Ausstellung des Attestes berücksichtigen wollte, weil die sonst später von der Direktion deshalb nothwendig anzustellenden Nachforschungen sehr lästig und zeitraubend sind, ausserdem manchmal auf Schwierigkeiten stossen.

In vielen Formularen steht auf eine Frage, welche sich auf den sogenannten apoplektischen Habitus bezieht und welche von manchen Aerzten beanstandet wird. In dieser Form ist die Frage wohl nicht geschickt gefasst — aber sie wird doch von allen geübten Vertrauensärzten ganz gut verstanden. Dass untersetzt gebaute Leute mit kurzem Hals, Neigung zu Fettleibigkeit, harten oder auch sehr schwachen Puls ein etwas bedenkliches Risiko bieten, namentlich wenn sie auch reichlich essen und trinken — das wird doch wohl auch der modernste Arzt nicht bestreiten.

Nun wissen wir mit Bestimmtheit, dass die Atheromatosis (die eigentlich nächste Ursache der Gehirnblutung) sich in höherem Lebensalter bei fast allen Menschen entwickelt, nur manchmal früher und in verschiedenem Grade; es dürfte also der fragliche Habitus doch einige Berücksichtigung verdienen, um so mehr, da wir aus der Erfahrung der Lebensversicherung wissen, dass derartige Menschen selten älter als 60—65 Jahre werden. Hier kann noch berücksichtigt werden, dass die Fettleibigkeit sehr häufig eine erbliche Disposition zur Ursache hat; über diesen letzteren Punkt hat wohl jeder Arzt eigene Erfahrungen, und die von Kisch mit seinem grossen Marienbader Material aufgestellte Statistik bestätigt diese Thatsache genügend.

Da ist es nun von grosser Wichtigkeit zu prüfen, ob trotz der Fettauflagerung das Muskelsystem und das Herz noch kräftig sind; ferner zu ermitteln, ob sich die Korpulenz rasch oder langsam entwickelt hat, und ob reichliches Essen und Trinken, bequeme Lebensführung, mangelnde Bewegung den Prozess beeinflussen.

In der entgegengesetzten Richtung ist der Wuchs (langer, schmaler, enger Thorax, langer magerer Hals, Magerkeit bei Muskelschwäche) von grosser Bedeutung, wenn ungünstige Vorkrankheiten (namentlich Pleuritis), verdächtige Heredität in Frage stehen. Der augenblicklich gute Lungenbefund giebt wenig Sicherheit für die Zukunft — dagegen kann eine nachgewiesene erhebliche Zunahme des Körpers bei sonst nicht zu ungünstiger Sachlage das Risiko annehmbarer erscheinen lassen.

Ueber die Frage der Heredität bezüglich der Disposition zu Phthisis sind die Meinungen der länger thätigen praktischen Aerzte sehr wenig getheilt und wird ihre Bedeutung so ziemlich allgemein anerkannt.

Ich habe diese beiden Gruppen besonders hervorgehoben, weil sie der Lebensversicherung weitaus die grösste Zahl von Todesfällen liefern — und zwar leider ziemlich häufig nach sehr kurzer Versicherungsdauer. Am schlimmsten steht es natürlich bei den verschiedenen phthisischen Prozessen, wo Todesfälle nach 1 — 3 jähriger Versicherungsdauer oft genug vorkommen. Aber auch derartige Todesfälle in Folge von Fettherz, Herzhypertrophie und Apoplexie sind häufiger als man erwarten möchte; und man behält den Eindruck, dass das in manchen Fällen zu verhüten gewesen wäre. Es ist doch eigentümlich wenn ein Vertrauensarzt mittheilt, dass ein korpulenter Wirth zeitweise an Athembeschwerden leide, das Herz ganz kurz als normal bezeichnet und die Aufnahme mit „vollkommen günstig“ empfiehlt. Anderseits wird ein magerer 22jähriger Tischler mit langem Hals, engem Thorax, dunkler Heredität, nicht kontrollirbarer Anamnese von einem Vertrauensarzt lediglich auf Grund des zur Zeit günstigen Untersuchungsbefundes ohne weiteren Kommentar als zur Aufnahme geeignet empfohlen.

Derartige Atteste mit kleinen Variationen sind ziemlich häufig und dürften wohl dafür sprechen, dass die betreffenden Vertrauensärzte keine Befähigung oder vielleicht auch keine Neigung zum Eingehen auf die Bedürfnisse der Lebensversiche-

rung haben. Es soll ja desswegen nicht bestritten werden dass in derartigen Fällen eine wesentliche Abweichung von der Norm wirklich nicht nachzuweisen war.

Hier möchte ich noch hinzufügen, dass die Fragen der Formulare für das grosse antragstellende Publikum bestimmt sind und dem Vertrauensarzt Gelegenheit bieten sollen für alle Eventualitäten in kurzer bequemer Form eine Auskunft ertheilen zu können. Auch machen die Fragen auf Manches aufmerksam, woran der im Versicherungsfach noch nicht eingeübte Vertrauensarzt allenfalls nicht denken könnte, obgleich es für die Versicherung doch recht wichtig ist. Ist nun eventuell im gerade vorliegenden Fall die eingehende Beantwortung einer derartigen Frage nicht nothwendig, so wird es gewiss Niemand dem Vertrauensarzt verdenken, wenn er sich dabei nicht länger aufhält.

Die vielen hausärztlichen Atteste, welche mir durch die Hand liefen, waren in der weitaus grössten Mehrzahl verlässig und enthielten werthvolle Angaben. Manchmal merkt man die Absicht eigentlich nichts Positives sagen zu wollen, aber in der Regel ist die ertheilte Auskunft zur Beurtheilung des Risikos geeignet. Die Hausärzte können das auch ganz gut thun ohne Bedenken wegen Verletzung der ärztlichen Diskretion, denn sie sind ja vom Antragsteller ausdrücklich dazu autorisirt und tragen oft dazu bei, Bedenken, die wegen früherer Erkrankungen oder der Heredität vorlagen, auf das richtige Mass zu reduziren. Verweigern sie dagegen die erbetene Auskunft, so bleibt der Direktion bei etwas problematischen Fällen oft nichts anderes übrig als einen vielleicht annehmbaren Antrag doch ablehnen zu müssen — meist zum Nachtheil des Klienten des Hausarztes.

Ausserdem ist die Diskretion dem Hausarzt gegenüber durch den jetzigen Geschäftsmodus vollständig gewahrt und der Klient kann nicht erfahren, ob der Hausarzt überhaupt befragt worden ist. Es ist sogar ein Prinzip wohl aller Direktionen selbst dem Vertrauensarzt gegenüber, einem Antragsteller den Inhalt des Attestes nicht bekannt zu geben; für die Motivirung der Ablehnung giebt es genügend Auswege, und es kann dem Untersuchungsarzt überlassen bleiben, ob er dem Untersuchten Mittheilung über einen bedenklichen Untersuchungsbefund machen will. In allen Fällen ist der Vertrauensarzt berechtigt, zu sagen, dass die Entscheidung der Direktion über die Aufnahme nicht lediglich von seinem Attest abhänge und dass sich die Direktionen dabei auch von ihren eigenen Erfahrungen leiten liessen.

Bei den Besprechungen über die Lebensversicherung in Sitzungen der ärztlichen Vereine, welche dem Aerztetag vorausgingen, und auch von einigen Rednern auf dem Aerztetag selbst sind mitunter Anregungen gegeben worden, welche den Lebensversicherungen die Existenz recht erschweren würden, wenn sie sich auf dem Aerztetag in Beschlüsse umgesetzt hätten. Zum Glück ist das doch nicht eigentlich geschehen und mit Ausnahme einiger Punkte, über welche sich ja noch reden lassen wird, sind die Beschlüsse des Aerztetages auch vom Standpunkt der Versicherung aus sehr wohl diskutirbar.

Ich kann mich der Vermuthung nicht entschlagen, dass derartige Anregungen und Klagen mehrfach von Kollegen ausgingen, die bisher nicht sehr stark und andauernd als Vertrauensärzte thätig gewesen sein mögen und darum keine genügende Erfahrung in diesem Fache haben dürften.

Bei einem so ausgebreiteten, von einer grossen Anzahl von Anstalten betriebenen Geschäfte, wie es die Lebensversicherung ist, bei der unvermeidlichen Verwendung von Agenten, die nicht immer als die Edelsten der Nation zu bezeichnen sind, mögen ja manchmal Unzukömmlichkeiten vorkommen — wie auch bei jeder anderen menschlichen Institution, die deswegen doch ihre Berechtigung und ihren grossen Nutzen hat. Für manche reizbare Kollegen genügt oft eine einzige unangenehme Erfahrung, um sie dauernd zu Gegnern der Lebensversicherung zu machen — wie ich das schon einige Male erlebt habe; manchmal kommt es auch in Attesten zum Ausdruck und stört vielleicht die sonst vorhandene ruhige Objektivität bei Beurtheilung eines Risikos.

Ungehörigkeiten seitens eigenmächtiger Agenten werden aber wohl ausnahmslos seitens der Direktionen energisch gerügt, und es wäre besser und liebenswürdiger, sich in solchem Fall an dieselben direkt zu wenden, als dauernd einen stillen (oder manchmal auch beredten) Groll zu hegen. Denn jede anständige Direktion wird Alles aufbieten, um mit den Vertrauensärzten in Frieden zu leben.

Aber auch die Aerzte haben meiner Ansicht nach ein starkes Interesse daran, die Lebensversicherung zu unterstützen. Denn nur mit ihrer Hilfe ist es den meisten möglich, sich für ihre alten Tage und, im Fall ihres früheren Todes, ihren Familien eine gesicherte Existenz zu schaffen. Ausserdem ist die seitens der Lebensversicherung dem ärztlichen Stand gebotene Entlohnung für die Mühewaltung entschieden eine anständige und die Gesammtsumme, welche alljährig aufgewendet wird, eine hohe. Im Jahre 1893 betrug sie bei sämmtlichen deutschen Lebensversicherungen sicherlich weit über 1400000 M. und für hausärztliche Atteste kann man im Minimum noch etwa 600000 M. hinzuzählen, so dass man ruhig annehmen darf, es seien, Alles eingerechnet, über zwei Millionen für ärztliche Bemühungen aufgewendet worden. Freilich vertheilt sich diese Summe sehr ungleich auf die Kollegen — aber es kommt doch der Gesammtheit zu Gute.

Ferner legt die Lebensversicherung bei Anstellung der Vertrauensärzte auf Wissenschaftlichkeit und Ehrenhaftigkeit den entscheidendsten Werth in ihrem eigensten Interesse, und wird mit Wissen nie andere verwenden. Wie ganz anders steht es da bezüglich der Entlohnung mit den Kassen, wo sich viele Aerzte so Manches geduldig gefallen lassen müssen und wo man immer darnach strebt, auch Kurpfuschern und sogenannten Naturärzten die Behandlung von Mitgliedern in die Hände zu spielen.

Seiner Zeit wurde auf dem Aerztetag zu Eisenach für hausärztliche Atteste ein Honorar von 5 Mark bestimmt. Da diese Atteste lediglich auf Grund der Anamnese und ohne vorausgegangene ärztliche Untersuchung ausgestellt werden sollen, wurde dasselbe vom Aerztetag damals als genügend befunden. Und das ist es auch in den weitaus meisten Fällen, namentlich, wenn man die durchschnittliche Mühewaltung rechnet. Sollte aber ein Arzt durch Nachschlagen in seinen Büchern und durch etwaige nothwendige ausführliche Beantwortung von Fragen eine grössere Mühewaltung haben, so halte ich es für vollkommen berechtigt, wenn er ein entsprechend etwas höheres Honorar liquidirt. Ein solches Attest ist ja auch werthvoller und ich zweifle nicht, dass es von jeder anständigen Gesellschaft gern liquidirt werden dürfte.

Aber es darf hier auch gesagt werden, dass sich die Gesellschaften manchmal auch über einzelne Aerzte beklagen könnten. Ich habe es erlebt, dass ein angefragter Arzt erklärte, er stelle hausärztliche Atteste nur für 10 Mark aus, und dann — als ihm die 10 Mark übersendet worden waren — einfach attestirte, dass er den Antragsteller niemals ärztlich behandelt habe. Ich will annehmen, dass er dazu wenigstens in seinen Büchern nachgesehen habe.

Mit Vorstehendem wollte ich nur einige Fragen von allgemeiner Tragweite besprechen; vielleicht findet sich Veranlassung oder ergiebt sich eine Anregung zu eingehenderer Mittheilung über Detailfragen auf dem Gebiete der Lebensversicherung. H.

Ein kasuistischer Beitrag zur Simulationsfrage.

Von
Dr. **Ferdinand Bähr**-Hannover.

Bei der Art und Weise, wie von Manchen heute immer noch in ganz einseitiger Weise das Vorkommen der Simulation nach Unfallverletzungen — ich verstehe unter Simulation das Glaubhaftmachen einer Krankheit oder von Beschwerden, für welche jede Basis fehlt, — betont wird, lässt es ohne Weiteres berechtigt erscheinen, instruktive kasuistische Beiträge zur Lösung der Frage beizubringen. Ich habe meinen Standpunkt wiederholt dahin präzisirt, dass Simulation selten, dass Uebertreibung relativ häufig sei. Indess auch in der letzteren Annahme möge man sich vor Extremen bewahren. Möglichst tiefes Eindringen, exakte Beobachtung, objektives Urtheil, Hintanstellung aller subjektiven Empfindungen, richtige Würdigung begleitender Nebenumstände, kurzum, allein das ernste Streben, die Wahrheit zu ergründen, kann uns schützen gegen Irrthümer, welche auf diesem Gebiete, wo die persönliche Anschauung einen so grossen Spielraum hat, uns fortgesetzt drohen.

Der Arbeiter W. J., 37 Jahre alt, sprang am 5. Juni 1893 von einem Wagen auf einen Pflasterstein und verrenkte das linke Fussgelenk, anscheinend in der Form der Tibialflexion. Vom Kassenarzt mit Ruhe, Umschlägen etc., wird er nach einiger Zeit, im Herbste desselben Jahres, während dreier Monate im mechano-therapeutischen Institut des Dr. H. in G. mit gymnastischen Uebungen, Massage etc. behandelt. Er hatte das Pech, — ein Pech muss ich es nennen, — sich während des Aufenthaltes in der Anstalt einmal zu betrinken und kam, zumal er die gymnastischen Uebungen perhorreszirte, in den Verdacht eines Alkoholikers. Durch die Behandlung wurde die Schlaffheit der Wadenmuskulatur beseitigt, die heftigen Schmerzen beim Gebrauch des Fusses dauerten aber fort. Er wurde mit 15 Prozent entlassen. Bald darauf schätzt ihn Dr. B. auf 50 Prozent: die objektiven Erscheinungen seien zwar gering, aber die Angaben des Patienten verdienten Glauben. Abermalige Krankenhausbeobachtung. Dr. S.: Es wird an dem Fuss nichts Wesentliches gefunden; etwas stärkere Wölbung des inneren Fussgewölbes, Schmerzen im Fussrücken bei Dorsalflexion etc. Die Klagen seien glaubwürdig. E.-U. 50 Prozent. Angerathen werden Soolbäder, das Tragen eines geeigneten Schnürstiefels. In der Folge werden die Soolbäder schlecht vertragen, der Stiefel sitzt schlecht. Auch dadurch wird keine Besserung erzielt. Bei einer zweiten Begutachtung kommt Dr. S., weil er den Verletzten einer Unwahrheit, — er wollte weniger weit gegangen sein, — überführt, und auf Grund des geringfügigen Befundes zu dem Schlusse, der objektive Befund stehe im Widerspruch zu den subjektiven Beschwerden, etwas Uebertreibung liege wohl vor, auch sei es befremdend, dass Patient von keiner Behandlung eine Besserung zugebe.

Am 28. Februar wurde Patient mir überwiesen mit einem widerspruchsvollen Aktenfaszikel zur Abgabe eines möglichst „einwandsfreien“ Gutachtens. Der Befund war folgender: Patient geht mit Stock, steifem Knie- und Fussgelenk, auswärts rotirtem Fuss, abduzirtem Beine. Der Fuss wird plantarflektirt gehalten. Patient beugt den Fuss aktiv zum rechten Winkel, sucht man ihn passiv weiter dorsal zu flektiren, so wird über heftige Schmerzen geklagt. Weichtheilschwellung fehlt. Der Fussrücken ist weniger schlank; während man unterhalb des rechten äusseren Knöchels in die nach dem Sinus tarsus führende Vertiefung bequem das Nagelglied des Daumens legen kann, ist dies links nicht möglich. Messungen des Querdurchmessers des Collum tali ergeben eine Zunahme um 0,6 cm. Dieser Theil des Fusses, und nur dieser wird als druckschmerzhaft bezeichnet. Der innere Fussrand zeigt stärkere Wölbung (Hohlfuss). Die stärksten Wadenumfänge beiderseits sind gleich, die Differenz beträgt höchstens 2—3 mm. Die Muskulatur ist beiderseits schlaff, links in erheblicherem Grade. Die Beweglichkeit des Talocrualgelenkes ist fast frei, abgesehen von dem Widerstand, den Patient der Dorsalflexion entgegensetzt. Bewegungen im Talonaviculargelenk sind sehr schmerzhaft.

Auf Grund der ausgesprochenen Veränderung am Talus war es für mich unzweifelhaft, dass unter der Verrenkung hier eine Fractura colli tali einhergegangen sei.

Wer öfter Gelegenheit gehabt hat, derartige Verletzungen in ihren Folgen zu beobachten, der wird leicht das gesammte Bild mit all seiner Romantik begreifen. Aus den Akten geht hervor, dass Patient einmal betrunken war, — er ist Alkoholiker. Er wehrt sich gegen die gymnastischen Uebungen, — er ist renitent. Alles was bislang zu seiner Wiederherstellung geschah, hat ihm nichts genützt. Der objektive Befund ist scheinbar unwesentlich, selbst die Muskelatrophie fehlt. Und doch hat der Patient Schmerzen. Kann man einen schöneren Typus eines Simulanten finden? Muss dieser Verdacht nicht auch dem Kollegen S., der den Verletzten anfänglich durchaus wohlwollend beurtheilte, auftauchen, wenn er den Patienten einer Unwahrheit überführte, wenn er keinen Grund für die Erklärung der grossen Beschwerden ausfindig machen kann?

Man hüte sich, den Nebenumständen zu viel Gewicht beizulegen; ihren Werth will ich damit nicht herabsetzen. Es ist aber psychologisch leicht verständlich, dass solche Patienten unwahre Aussagen gelegentlich machen, um ihre Angaben zu erhärten, zumal wenn sie die Erfahrung gemacht haben, dass man ihnen keinen Glauben schenkt. Man ist leicht geneigt, bei der Beurtheilung solchen subjektiven Eindrücken zu grossen Raum zu geben. Es wird jetzt auch in Laienkreisen in unverstandener, übertriebener Weise auf die Schattenseiten, auf die grossen Gefahren hingewiesen, welche das Unfall-Versicherungs-Gesetz neben vielem Guten mit sich gebracht habe. Diese Schattenseiten sind leider unvermeidlich, so lange es Menschen giebt. Unbeirrt aber durch solche Auswüchse möge der Arzt darauf bedacht sein, unter Einsetzen seines ganzen Wissens und Könnens die strengste Objektivität zu wahren.

Aerztliche Gutachten über Körperverletzungen.

Von
Dr. **Felisch**-Berlin.
Landgerichtsrath.

Der Zahl der Fälle nach tritt der ärztliche Sachverständige am Häufigsten durch schriftliche oder mündliche Gutachten über Körperverletzungen mit dem Gerichte in Verbindung. Trotzdem herrscht unter den Aerzten nicht überall volle Klarheit über den Begriff einer Körperverletzung, und das liegt daran, dass sie sich über den Unterschied zwischen der medizinischen und der juristischen Auffassung, welcher auf diesem Gebiete herrscht, nicht Rechenschaft ablegen. Von vornherein leuchtet ein, dass der Arzt sich ausschliesslich nach dem Befunde an dem zu untersuchenden Körper richten muss, während der Jurist das Hinzutreten eines verursachenden Momentes, sei es eines bestimmt gearteten Vorsatzes oder einer Fahrlässigkeit, für seine Definition zu fordern hat. Aber auch darüber hinaus laufen die Wege nicht vollständig zusammen. Der Mediziner wird, vom Worte ausgehend, einen durch die Mittel seiner Kunst nachweisbaren Zustand verlangen, welcher von der beim gesunden Menschen vorfindlichen Norm abweicht und als eine wirkliche Verletzung des menschlichen Körpers, sei es nun der Haut, sei es innerer Organe, sich darstellt. Man kann sich denken, dass zwei Aerzte darüber streiten, ob eine Trennung der Oberhaut schon den Thatbestand einer

Körperverletzung erfüllt, oder ob nicht noch eine Trennung der Lederhaut hinzutreten muss. Der Richter hingegen ist durch das Gesetz gebunden. Lassen wir die hier weniger interessirenden zivilrechtlichen Begriffsbestimmungen ausser Acht, so definirt das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich, abgesehen von dem bereits erwähnten Punkte, in doppelter Weise: eine Körperverletzung besteht entweder in einer körperlichen Misshandlung eines Anderen oder in einer Beschädigung an dessen Gesundheit. Hiernach kann eine wirkliche Verletzung des Körpers eines Anderen, z. B. durch einen mit einer Stecknadel zugefügten Hautriss, vorliegen, ohne dass eine Körperverletzung im kriminellen Sinne vorhanden zu sein braucht, da es an einer Misshandlung oder einer Gesundheitsbeschädigung fehlt. Andererseits ist durch diese Gesetzesbestimmung Vieles zu einer Körperverletzung im strafrechtlichem Sinne gestempelt worden, was der Arzt mit diesem Namen nicht bezeichnet. Daraus erklärt es sich, dass Fälle vorkommen, in welchen die Betheiligten vor Gericht auf die an sie gestellte Frage nach einem ärztlichen Atteste erwidern: „der Doktor hat mir keins geben wollen, weil er sagte, ich wäre nicht verletzt."

Unter dem Einflusse der Rechtsprechung des Reichsgerichts hat sich die Gerichtspraxis dahin ausgebildet, dass eine von einem menschlichen Wesen dem anderen unmittelbar zugefügte Einwirkung nicht zur Erfüllung der Begriffsmerkmale der Körperverletzung nothwendig ist. Es genügt die Vorenthaltung der Nahrung, ja selbst eine zunächst nur seelische und erst mittelbar körperliche Beeinflussung. So würde eine körperliche Misshandlung dadurch begangen werden können, dass man jemand vorsätzlich, z. B. durch das plötzliche Vorhalten eines Dolches, in grosse Angst versetzt, welche demnächst eine Rückwirkung auf das köperliche Befinden ausübt. Und darum ist es auch unwesentlich, ob der Verletzte einen Schmerz empfindet oder nicht. Körperliche Misshandlung ist jede schlimme Behandlung, jede Störung des Wohlbefindens einschliesslich der Erregung von Ekel, Missbehagen und dergleichen. Dieser Begriff ist äusserst weit. Und doch deckt er sich nicht mit dem, woran man beim „Verletzten" zunächst denkt, nämlich mit dem Eingriffe in den bei einem Anderen zur Zeit vorhandenen Zustand der Unversehrtheit. Das Abschneiden der über die Fingerspitzen überstehenden Nageltheile könnte daher vielleicht als Nöthigung oder Beleidigung, aber nicht als Körperverletzung strafbar sein.

Die Gesundheitsbeschädigung braucht auch nicht als ein damnum corpore corpori datum zu erfolgen. Befindet sich jemand sehr erhitzt in einem geschlossenen Raume, und ich setze ihn in der Absicht, ihn zu schädigen, plötzlich eiskalter Zugluft durch Oeffnen von Thür und Fenster aus, so werde ich wegen Körperverletzung bestraft, falls bei dem Anderen gesundheitsschädliche Folgen eintreten. Beschädigt kann ferner sowohl die körperliche wie die geistige Gesundheit werden, und es ist deshalb auch die Herbeiführung einer Geisteskrankheit unter eine besonders strenge Strafandrohung im Abschnitte „Körperverletzung" vom Gesetze gestellt worden. Die Frage, ob nun thatsächlich im Einzelfalle eine Beschädigung an der Gesundheit eingetreten ist oder nicht, ist gleichbedeutend mit der, ob ein gesunder Mensch krank oder ein bereits kranker Mensch in gesteigertem Masse krank gemacht worden ist. Und hierüber zu befinden, sind die ärztlichen Sachverständigen ohne jede Rücksicht auf andere Vorschriften als diejenigen ihrer Wissenschaft berufen.

Es wird sich aber empfehlen, dass dieselben vor Abgabe eines von ihnen erforderten Gutachtens über eine Körperverletzung mehr, als es jetzt oft geschieht, sich fragen: liegt die körperliche Misshandlung eines Anderen oder aber dessen Beschädigung an der Gesundheit vor? Und welche Momente sprechen für das Eine oder für das Andere? Man vergegenwärtige sich, dass es eben Körperverletzungen im juristischem Sinne giebt, die es im medizinischem nicht sind, und umgekehrt.

Referate und Bücherbesprechungen.

Zur allgemeinen Beurtheilung von Unfallverletzungen und ihren Folgen.

Von Dr. Ferdinand Bähr.

(Karlsruhe, 1894. J. J. Reiff).

Verfasser skizzirt auf Grund eines zahlreichen Materials von circa 1000 Fällen klinischer Beobachtung und einer grossen Anzahl anderweitig verfolgter Unfallverletzungen einzelne für die allgemeine Beurtheilung von Erwerbsstörungen nach Verletzungen besonders wichtige Punkte. — Die sog. Inaktivitätsatrophie sei nicht immer eine reine Folge des Nichtgebrauches; es wirkten dazu noch andere Umstände mit, Hemmungen des lokalen Blutverkehrs, trophische Störungen und nervöse Einflüsse. Ausser der als objektives Krankheitssymptom gut zu verwerthenden messbaren Atrophie der Muskulatur, kommt die Konsistenz derselben in Betracht, und die Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Aber selbst wenn diese Symptome fehlten, so könne doch auch noch in einzelnen Fällen eine Insuffizienz der Innervation vom Zentrum aus vorliegen. B. weist darauf hin, dass in den Muskeln verletzter Extremitäten, wenn dieselben eine Zeit lang ausser Funktion gesetzt sind, eine Disposition zu rheumatischen Muskelaffektionen bleibt, welche mit dem Alter zunimmt. — Ferner erwähnt er die Kontrakturstellungen der Gelenke, wie sie nach längeren Verbänden durch eine Verkürzung der Muskulatur bedingt werden; besonders sei dies beim Schultergelenk der Fall, und doch sei dieser Schaden sehr wohl durch passende Lagerung, häufigen Wechsel derselben, durch geeignetere Verbandarten, vor allem aber durch besseres Ueberwachen zu vermeiden. — Es wird dann weiter besprochen die Bedeutung der Reibegeräusche an den Gelenken, die nach Heilung von Knochenbrüchen zurückbleibende Schwäche der Glieder, die Schmerzen bei Witterungswechsel, die Zirkulationsstörungen, die Komplikation von Verletzungen mit Unterschenkelvaricen. Bei der Besprechung der Simulation bemerkt er sehr richtig, dass das Gros der Aerzte sich in zwei Richtungen theile, von denen die eine den humaneren, die andere den schrofferen Standpunkt den Verletzten gegenüber einnimmt, und auf beiden Seiten stehen gleichwerthige Autoritäten. Die zu starke Betonung des Vorkommens der Simulation hat vielfach nur zu einer mangelhaften Würdigung von Verletzungen geführt, und ist sehr oft die ultima ratio gegenüber einer nicht aufzuklärenden Diagnose. — Bei älteren Leuten käme oft Invalidität, bedingt durch Altersschwäche und Krankheit zusammen, vor. Wenn ältere Leute auch zur Uebertreibung neigen, so müsse doch auch darauf hingewiesen werden, dass bei älteren Verletzten bisweilen schwere hypochondrische Verstimmungen eintreten im Anschluss an den Unfall, und dass man dieser Thatsache Rechnung tragen müsse. — Im Weiteren bespricht B. das Verfahren der Entschädigung und rügt die übermässige Berücksichtigung der beruflichen Arbeit der Verletzten seitens der Schiedsgerichte und des Reichs-Versicherungs-Amtes; er verlangt bei der Entschädigungsfeststellung für die Aerzte beim Schiedsgericht und Reichs-Versicherungs-Amt berathende und beschliessende Stimme. — Schliesslich erwähnt B. die ärztlichen Gutachten und verlangt von ihnen besonders, dass sie sachlich seien und klar; „das Gutachten soll eine populäre Darstellung der Verletzung enthalten." Besonders macht er die auch anderweitig aufgestellte Forderung geltend, dass die Berufsgenossenschaften möglichst frühzeitig ausführliche Gutachten von den behandelnden Aerzten sich verschaffen sollten.

B.

Ueber Temperaturdifferenzen beider Körperhälften in Folge von bestimmten Verletzungen des Gehirns.

Ihre diagnostische und forensische Bedeutung.

Von Prof. Dr. M. Schüller.

(Aerztlicher Zentral-Anzeiger, Wien.)

Verfasser knüpft an einen Fall von Kopfverletzung an, welcher deshalb besonders interessant ist, weil er eigenthümliche Störungen der Temperatur zur Folge hatte, welche bislang in den meisten Lehrbüchern noch keine Erwähnung gefunden haben und in weiteren Kreisen kaum bekannt sind, obwohl sie zu den typischen Erscheinungen gewisser Verletzungen gerechnet werden müssten. Ein 30jähriger Maurer erlitt im September 1891 durch eine aus gewisser Höhe auf ihn herabfallende Axt eine Wunde der linksseitigen behaarten Kopfhaut, welche in normaler Weise verheilte; die nach der Verletzung eingetretene Bewusstlosigkeit hatte nur ganz kurze Zeit angedauert. Als er einige Wochen nach beendeter Heilung seine Arbeit wieder aufnahm, hatte er besonders beim Bücken häufig Schwindelanfälle, die sich bei Anstrengungen und Aufregungen wiederholten, und auch von Ohrensausen, Zittern der Hände und gelegentlich von Brechreiz begleitet waren; ausserdem Mattigkeit und Schwäche im rechten Arm. — Wegen mehrfacher sich widersprechender ärztlicher Gutachten bekam der Verfasser ihn in seine Klinik zur Beobachtung, und konstatirte eine etwa $2{,}5$ cm von aussen von der Pfeilnaht und dieser nahezu parallel verlaufende blasse glatte Narbe von 4 cm Länge, welche genau über der vordern Hälfte des linken Scheitelbeins lag und mit ihrem vordersten Ende eben noch die deutlich fühlbare Vertiefung der Kreuznaht erreicht. Die straffe, dünne, weisse Narbe selber ist unverschieblich mit dem unterliegenden Knochen verwachsen und bildet in Folge dessen eine Rinne in der normal dicken Kopfhaut. Die Narbe war bei Berührung und noch mehr auf Druck empfindlich. Der Knochen erschien nicht abnorm. Sensible oder motorische Störungen am Gesicht, an den Augen oder Ohren waren nicht vorhanden. Der Umfang des rechten Oberarms aber war an gleichen Stellen um $1/2$ cm geringer als links. Der Druck der Hand rechts merklich schwächer als links. Beim Schliessen der Augen starkes Schwanken. — Auf Grund früherer Beobachtungen nahm Sch. Temperaturmessungen der beiderseitigen Körperhälften vor, und fand, dass durchgehends an beiden Schläfengegenden, hinter beiden Ohren, in beiden Achselhöhlen die Temperatur der rechten Körperhälfte um mehrere Zehntel höher war wie die der linken. Die über zwei Wochen fortgesetzten Temperaturmessungen, täglich mehrmals wiederholt, gaben immer dasselbe Resultat. Diese konstante Ungleichheit in der Temperatur beider Körperhälften, welche normal nicht vorkommt, und in allen ähnlichen Fällen sich derart äussert, dass die der Verletzung am Schädel entgegengesetzte Körperhälfte vom Gesicht an bis zu den Füssen nach abwärts durchschnittlich um mehrere Zehntel höhere Temperatur als die andere hat, kann niemals willkürlich erzeugt, bezw. simulirt werden; sie ist aber nach des Verfassers anderweitigen Beobachtungen stets mit Läsionen (resp. Erkrankungen) in bestimmten Theilen der Hirnoberfläche, nämlich in der Gegend der Stirnwindungen und der vordern Zentralwindung verbunden. Während in den anderweitig beobachteten Fällen diese Temperaturdifferenz nach einigen Monaten allmählich schwand, war sie in dem hier erwähnten Falle noch 3 Jahre nach der Verletzung nachweisbar, und daraus schliesst Sch., dass hier eine dauernde Verletzung der entsprechenden Hirnpartie, resp. ihre Folgen vorliegen. Damit stände augenscheinlich auch die vorher schon anderweitig konstatirte Abnahme der Kraft des rechten Arms im Zusammenhange. Es liesse sich auch sehr wohl verstehen, dass diesen anatomischen Störungen der Hirnpartieen auch in die vom Patienten geklagten Schwindel- und Erregungszustände ihre physiologische Begründung fänden. — Die von Schüller beobachteten thermischen Erscheinungen bei bestimmten Hirnloisionen sind von grosser praktischer Wichtigkeit für den Nachweis und die Bedeutung bestimmter Hirnverletzungen bei Schädelverletzungen der Stirn-Scheitelbeingegend. B.

Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallbeschädigungen der Augen.

Von Prof. Dr. H. Magnus.

(Breslau, 1894. J. U. Kern.)

Mit der vorliegenden Arbeit will der Verfasser, wie er in der Einleitung sagt, speziell dem Augenarzte eine Anleitung bieten, welche ihm eine exakte mathematische und darum gegen Arbeitgeber wie Arbeitnehmer gleich gerecht verfahrende Berechnungsmethode der Augenbeschädigungen ermöglichen soll. Zu einer solchen exakten Berechnung eignet sich natürlich kein Organ besser, als das Auge, dessen Leistungsfähigkeit man meist in ganz genauen Zahlen angeben kann. Die Versuche einer mathematischen Berechnung sind daher auch nicht neu, sondern datiren schon bald nach Erscheinen des Unfall-Versicherungs-Gesetzes. Am meisten in Gebrauch war die von Zehender aufgestellte Formel, deren Unrichtigkeit M. nachweist; aber auch die von Jatzow, Josten, Mooren angestellten Berechnungen konnten zu keinen richtigen Resultaten führen, da sie auf falschen Prämissen aufgebaut waren. Gewisse Schädigungen z. B. der Ausfall eines Theiles des Gesichtsfeldes, die Lähmungen einzelner Muskeln werden von den meisten derselben gar nicht in Rechnung gestellt. Diese Mängel sucht M. zu vermeiden, indem er genaue mathematische Formeln für die einzelnen Werthe zu finden sucht. Er zerlegt deshalb die Erwerbsfähigkeit (E) in ihre 3 Faktoren: die Funktionsfähigkeit (F) der Organe (hier also des Auges), die technischen Fertigkeiten (die durch einen Unfall unbeeinflusst und daher ausser Rechnung bleiben können) nnd die Konkurrenzfähigkeit (K). Die Funktionsfähigkeit des Sehorganes wird weiter in 3 Faktoren zerlegt: das zentrale Sehen (C), das periphere Sehen (P) und die Funktion der Augenmuskeln (M). Auch das periphere Sehen und die Muskelthätigkeit und endlich die Konkurrenzfähigkeit werden in ihre einzelnen Theile zerlegt. Da alle Theile unter sich nicht gleichwerthig sind, führt er zur genaueren Berechnung Wurzelwerthe ein, so dass die Urformel, von der M. ausgeht, lautet: $E = F\,.\,V\,.\,\sqrt[x]{K}$. Durch die vielfachen Zerlegungen kommt er schliesslich zu ganz ungeheuerlichen Gleichungen,

$$\text{z. B. } E = 1\,C\sqrt{{}^5/_6\,P\sqrt[4]{{}^2/_3\,M}}\;\sqrt[7]{\frac{1\,C + 0}{2}\sqrt{{}^5/_6\,P\sqrt[4]{{}^2/_3\,M}}}$$

für C, P und M müssen natürlich die Zahlenwerthe eingetragen werden. Ich glaube, dass wenige praktische Aerzte im Stande sein werden, diese Gleichung auszurechnen. Zwar erleichtert M. diese Aufgabe wesentlich durch zahlreiche (29) Tabellen, in denen sehr viele Möglichkeiten ausgerechnet sind, doch zieht er damit zweifellos einen Schematismus gross und verstösst so gegen das Prinzip, welches er selbst aufstellt: „individualisiren, nicht schematisiren". In Folge dieser vielen Unterabtheilungen steigen zudem die Entschädigungsansprüche um so winzige Prozentsätze, dass sie zwar die höchste Gerechtigkeit repräsentiren, aber für die praktische Verwerthung belanglos werden. Schon Blasius sagt in seinem vortrefflichen Buche: Unfall-Versicherungs-Gesetz und Arzt, — dass Einschätzungen mit 6 Prozent Erwerbs-Beschädigung oder noch weniger keinen Sinn haben. Denn kein Arbeiter

wird statt 3,00 Mark Tageslohn beispielsweise 2,90 Mark erhalten. Die Lohnsätze bewegen sich in viel grösseren Sprüngen. Entweder der Verletzte ist im Gebrauch seiner Glieder behindert, dann sind 10 Pfennige Rente pro Tag, die bei 6 Prozent etwa ein Durchschnitts - Arbeiter erhalten würde, zu niedrig, oder er ist nicht behindert, dann soll er überhaupt nichts erhalten. Wenn man auf diesem Standpunkte steht, werden sich an den M.schen Formeln noch wesentliche Vereinfachungen einführen lassen, die sie zum praktischen Gebrauch verwendbarer machen. Natürlich kann M. für das periphere Sehen, die Muskelthätigkeit die Konkurrenzfähigkeit nur willkürlich gewählte Werthe einführen, die jedoch, alle Verhältnisse berücksichtigend, im Allgemeinen glücklich gewählt erscheinen. Für den Verlust eines Auges wurden in der ersten Zeit des Gesetzes 50 Prozent Rente gewährt, später nur noch $33^1/_3$ Prozent (nach einer ungefähren Einschätzung). M. berechnet für das erste Jahr nach der Verletzung 30,9 Prozent, für das zweite Jahr 21,96 Prozent. Auch das Reichs-Versicherungs-Amt hält in seinen Entscheidungen dies für zu gering und bewilligt grundsätzlich 30—40 Prozent. Es kommen eben neben den rechnerischen noch inkommensurable Grössen in Betracht (wie die Aengstlichkeit und Langsamkeit des Einäugigen bei der Arbeit etc.), die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und daher eine höhere Rente als die streng mathematisch gefundene angemessen erscheinen lassen. Sehr richtig ist die Bemerkung von M., dass die grössere Erblindungsgefahr der Einäugigen bei dem Entschädigungs-Anspruch nicht berücksichtigt werden darf, da ja das Gesetz nur den wirklich vorhandenen Schaden ausgleichen will, nicht aber für die Möglichkeit späterer vollständiger Erblindung eine Rente aussetzen kann. Dagegen ist es meines Erachtens ungerecht, bei bestehender Sehschwäche vor der Verletzung dieselbe, wie M. will, als Grundlage anzusehen, von der die Berechnung der Unfallrente auszugehen hat, um so mehr als M., wenn die Herabsetzung der Sehschärfe vor der Verletzung numerisch nicht genau bestimmt war, die volle Sehschärfe als Grundlage der Berechnung angesehen wissen will, um den Arbeiter durch eine schätzungsweise Annahme, der ursprünglichen Sehschärfe nicht zu benachtheiligen. Ich glaube, es ist gleichgültig, ob der Verletzte vor dem Unfalle volle Sehschärfe oder nur Bruchtheile gehabt hat, der Arzt darf für die Berechnung nur den restirenden Theil der Sehschärfe in Betracht ziehen und darnach die Entschädigungsquote festsetzen. Jedoch alle diese Einwendungen sind nur unwesentlicher Natur, wie ja auch M. sein Werk nur als einen Versuch zur Lösung der Frage bezeichnet hat und damit Aenderungs- und Verbesserungs-Vorschlägen einen gewissen Spielraum gelassen hat. Der Grundgedanke des Buches, einen scharfen, mathematischen Ausdruck für die Sehstörungen durch Unfälle zu finden, entspricht einem tiefempfundenen Wunsche aller Ophthalmologen und ist von M. mit umsichtigster Berücksichtigung aller Verhältnisse durchgeführt worden. Die Zerlegung der Berufsarten in solche mit höheren und solche mit geringeren optisch-erwerblichen Ansprüchen, ist in hohem Grade zweckmässig. Der sehr sorgfältig ausgeführte mathematische Theil der Arbeit ist unter Mitwirkung eines Mathematikers von Fach, Herrn Dr. H. Rohr, bearbeitet. Dem Werke sind 4 Tafeln beigegeben, von denen die zweite besonders werthvoll ist; sie enthält die normalen Leseproben, deren Kopf neben der wissenschaftlichen Leseweite die Leseweiten trägt, wie sie für Berufe mit höheren und niederen optisch-erwerblichen Ansprüchen als Mindestmass gefordert werden müssen. J.

Aus den Vereinen.*)

Hufelandsche Gesellschaft. Berlin, den 20. Dezember 1894.

Ueber den anatomischen Nachweis forensischer Vergiftungen.

In der Einleitung seiner interessanten und wichtigen Ausführungen stellt Herr Professor Strassmann (Gerichtsphysikus) die Bedeutung und Stellung des gerichtlichen Chemikers der des Gerichtsarztes gegenüber. Die Arbeit der ersteren werde vielfach nicht blos im grossen Publikum, sondern auch in Richterkreisen überschätzt. Man glaubt, dass in sehr vielen Fällen die Untersuchungen des Chemikers Licht über die aufgeworfene Frage verbreiten, während im Gegentheil vielfach die Sache so liege, dass der anatomische Befund allein zu einem abschliessenden Urtheil führe, in anderen Fällen dagegen der Chemiker allein die Aufgabe überhaupt nicht völlig lösen könne. Was das Publikum für Begriffe hat, geht u. A. aus einer jüngst in den Zeitungen verbreiteten Notiz hervor. Es handelte sich um den Nachweis oder die Ausschliessung eines Lustmordes: da brachte ein hiesiges Blatt die Meldung, die Gerichtsärzte hätten ihr Urtheil hinausgeschoben, bis der vereidigte Chemiker seine Untersuchung auf Spermatozoën in der Scheide beendigt habe (!).

Aus diesen Gründen hält es Redner für wichtig, festzustellen, was der Arzt selbständig leisten könne, und wo eine chemische Untersuchung nothwendig sei. Zu denjenigen Vergiftungen, bei denen wir auf Grund des anatomischen Befundes keine bestimmte Diagnose stellen können, gehören die Alkaloidvergiftungen. Pupillenweite und Pupillenenge, Röthung der Haut u. s. w. lassen sich nach dem Tode nicht verwerthen. Hier giebt die anatomische Untersuchung nichts an die Hand und wird der Chemiker in der That seine Analyse machen müssen.

Anders liegen die Verhältnisse bei den sogenannten Blut auflösenden Körpern, als deren Hauptvertreter wir das chlorsaure Kali anführen, wobei wir allerdings bedenken müssen, dass auch andere Stoffe, wie z. B. Arsenwasserstoff, ähnliche Erscheinungen hervorrufen. Diese bestehen in Ikterus, Milzschwellung, Haemoglobinurie und Ausscheidung von Haemoglobincylindern, welch letztere zugleich auch die Harnkanälchen verstopfen, wie man in mikroskopischen Präparaten deutlich sehen kann. Ferner wird das Oxyhaemoglobin in Methaemoglobin umgewandelt; auch die Todtenflecke und die spektroskopische Untersuchung geben Aufschluss.

Ein anderes Gift, das eine Umwandlung des Blutes hervorruft, ist das Kohlenoxyd. Hier ist schon eine bestimmtere Diagnose möglich. Neben der hellrothen Farbe der Schleimhäute und der Todtenflecke kann auch direkt das Vorhandensein von Kohlenoxyd im Blute nachgewiesen werden. Lange Zeit galt der spektroskopische Nachweis für allein massgebend; in neuerer Zeit kommt jedoch eine andere chemische Probe zur Anwendung, welche geeignet ist, den spektroskropischen Nachweis zu verdrängen: man fügt nämlich eine fünffach verdünnte Blutprobe zu eine 3%igen Tanninlösung; das Kohlenoxydblut sieht graublau, das natürliche Blut chokoladenbraun aus.

Eine weitere Substanz, die ein charakteristisches anatomisches Bild liefert, ist der Phosphor; natürlich muss es sich hier um Fälle handeln, bei denen erst 5—6 Tage nach der Vergiftung der Tod eintritt. Ikterus, Leberschwellung, Verfettung der verschiedenen Organe, zahlreiche Blutungen in den ver-

*) Unter dieser Rubrik werden wir von einem bewährten Kollegen Originalreferate über Vorträge aus den Vereinen bringen, soweit sie für die Bestrebungen unseres Blattes verwerthbar sind. D. Red.

schiedenen Körpertheilen (letztere wohl mit der Verfettung und der Brüchigkeit der Gefässwände in Zusammenhang) bilden die anatomischen Veränderungen. Namentlich sucht die Verfettung ihres Gleicheu.

Karbol, Sublimat und arsenige Säure sind Gifte mit lokaler Wirkung. Theoretisch gehört auch der absolute Alkohol hierher: doch hat derselbe kein praktisches Interesse, da Vergiftungen mit ihm nicht vorkommen. Bei der Karbolvergiftung ist das Bild ein sehr typisches: es zeigt sich eine vollständige Aetzung von der Zungenspitze an, die Speiseröhre hindurch nach dem Magen bis zum obersten Theil des Darmes. Es ist die reine weisse Schorfbildung, um die es sich bei dieser Verätzung handelt. Der Schorf selbst ist durchweg trübe und fühlt sich hart an, so dass man den Eindruck hat, als ob die Schleimhaut verkalkt wäre. Neben der Verschorfung bemerkt man entzündliche Erscheinungen und starke Schleimhautblutungen, welche auch die Submucosa betreffen. In Folge von Diffusion zeigt sich das Blut nicht von der normal hellrothen Färbung, sondern ist grauröthlich und trübe. Die Veränderung beschränkt sich gewöhnlich auf die obersten Schichten der Schleimhaut. In einem Falle aber fand sich im Fundus des Magens ein Schorf, der die Magenwand durchsetzte; dabei war auch die Milz, der linke Leberlappen, die linke Niere und das Zwerchfell angeätzt. Auch bei äusserlicher Anwendung der Karbolsäure sollen nach Langerhans anatomische Veränderungen sich zeigen. Langerhans hat mehrere Fälle angeführt, wo er nach Anwendung von verdünnter Karbolsäure zu einer croupösen Bronchitis und broncho-pneumonische Herde gekommen ist. Unger hat einen Fall veröffentlicht, bei dem nach einem gegen Fadenwürmer verabreichten Karbolklysma hoch oben im Darme ein Geschwür mit Nekrose entstand. Unger wirft die Frage auf, ob hier antiperistaltische Bewegungen oder entfernte Ausscheidungen das Geschwür zu Wege brachten. Redner entscheidet sich auf Grund anderweitiger Untersuchungen für die letztere Ansicht. Entscheidend bei der Diagnose der Karbolvergiftung ist der nicht zu verkennende Phenolgeruch.

Aehnliche Aetzungen finden sich auch bei Sublimatvergiftungen, allerdings nicht bei den gewöhnlichen, sondern erst bei höheren Konzentrationsgraden. Allgemeinerscheinungen sind: Koagulationsnekrose in der Niere, Stomatitis, dysenterische Prozesse im Dickdarm; diese Fälle sind im Allgemeinen selten. Redner führt folgenden Fall an, der auch nach anderer Richtung hin von hohem Interesse ist: Ein junges Mädchen war von ihrem Bräutigam geschwängert worden und forderte von demselben Gift. Sie nahm Abends 10 Gramm Sublimat. In der Nacht zeigten sich schwere Vergiftungserscheinungen, zu denen sich Abort gesellte. Am Morgen liessen dieselben nach und das Mädchen glaubte an einen unerwartet günstigen Ausgang. Aber die Krankheitserscheinungen stellten sich wieder ein, wie man das öfter zu sehen Gelegenheit hat, und es kam zu einer schweren Stomatitis und ausgesprochener Diphtherie nicht des Dickdarms, sondern merkwürdiger Weise der Genitalien und zwar durch Ausscheidung des Sublimats an der durch den Abort gesetzten Wundfläche. Es kamen dann Endometritis, Peritonitis und bronchopneumonische Prozesse hinzu, denen die Vergiftete erlag. In diesem Falle fanden sich im Magen ausgesprochene Geschwürsbildungen, zum Theil gereinigt, zum Theil mit nekrotischem Schorf bedeckt; an einzelnen Stellen war das Sublimat noch nicht gelöst, sondern in Substanz geblieben.

Aehnlich ist es mit der arsenigen Säure. Die Lösungen bewirken nur entzündliche katarrhalische Erscheinungen im Magen und Darm, die nicht so charakteristisch sind. Dagegen kommt es bei in Substanz genommenen Giftmengen zu nekrotischen Veränderungen, welche den nach Karbolvergiftungen ähnlich sind. Später gehen die nekrotischen Fetzen ab, und es kommt zu Geschwürsbildungen, in denen man Krystalle der arsenigen Säure findet. Wir finden auch dieselben croupösen Exudate im Dünndarm, wenn die Säure dort zur Wirkung gelangt ist. Wenn wir einen derartigen Befund von Veränderungen: Nekrose des Schleimhaut und Geschwürsbildung mit Krystrallen, erheben, so ist kaum eine andere Erklärung denkbar, als dass es sich um eine Einwirkung von arseniger Säure handelt. Hier hat in allen den Fällen, wo die chemische Analyse erfolgte, dieselbe die anatomische Diagnose bestätigt. Was die allgemeinen Wirkungen betrifft, so zeigen sich fast immer subendocardiale Blutungen. Aehnliche Veränderungen vermag auch ein anderes Arsenpräparat, das früher öfters zur Anwendung kam als heute, wo polizeiliche Massregeln eine Erschwerung des Gebrauchs bewirken, nämlich das Schweinfurter Grün, hervorzurufen. Dabei kommt es zu einer graugrünen Verfärbung der ganzen Magenwand in Folge des Farbstoffs.

Eine andere Gruppe bilden die eigentlichen Aetzgifte: die Säuren und die Laugen.

Die Schwefelsäure ist die am häufigsten verwendete Mineralsäure. Hier sind die anatomischen Veränderungen wesentlich komplizirter als bei der vorigen Gruppe. In erster Reihe sind auch hier Aetzwirkungen am oberen Verdauungstraktus (Mundschleimhaut, Lunge, Speiseröhre) zu nennen. Am Magen fehlen gewöhnlich diese Erscheinungen; hier finden wir nur entzündliche haemorrhagische Veränderungen, Entzündungen der Schleimhaut; auch kommt es zur Bildung grosser Extravasaten. Bei stark konzentrirter Lösung aber wird auch die Magenwand in einen Schorf umgewandelt, der später durchreisst, worauf Verletzungen der Bauchhöhle und der benachbarten Organe eintreten; dann folgt der Tod. Gewöhnlich aber kommt es nur zur Extravasatbildung, die aber für Schwefelsäurevergiftung sehr wichtig ist. Die Schwarzfärbung beruht nur auf Veränderung der Blutmasse; eine Verkohlung ist es nicht. Wo die Extravasirungen stattgefunden haben, wird die Schleimhaut ertödtet: diese Nekrose erstreckt sich dann weiter als die eigentliche durch die Schwefelsäure bedingte Veränderung. Diese nekrotischen Partieen können in Folge der auflösenden Wirkung der Schwefelsäure später noch erweichen und durchreissen; zum Theil werden die vorhandenen Extravasate noch abgestossen. Der Pylorus ist gewöhnlich nicht betroffen; hier wird der Aetzstoff schnell vorüber bewegt. Es kommen aber Ausnahmefälle vor. Im weiteren Verlaufe kommt es zu einer reaktiven Entzündung, Reinigung der Geschwüre und zur Narbenbildung.

Von den anderen Mineralsäuren ist noch zu nennen die Salzsäure. Die Erscheinungen sind ähnliche; nur sind dieselben minder starke. Der Schorf zeigt hier eine weissliche Färbung, der sich auch an den äusseren Mundpartieen kenntlich macht, da er meist vom Aushusten eines Theiles des Genossenen kommt.

Bei der Salpetersäure haben wir eine gelbliche Färbung des Aetzschorfes, der hier wieder stärker ist.

Aehnlich den Mineralsäuren ist eine organische Säure, die Oxalsäure, die bei den Vergiftungen eine grosse Rolle spielt, wenn auch nicht ganz so häufig, wie früher. Die ätzenden Wirkungen sind dieselben wie bei den Mineralsäuren. Nur im oberen Theil des Verdauungstraktus sind sie bedeutend; im Magen werden sie geringer und beschränken sich auf Veränderungen, wie Hyperaemie und Blutungen in die Gewebe. Gewöhnlich ist der Befund an der Leiche ein anderer. Nach dem Tode, der meist sehr schnell eintritt, kommt es zu einer Abschmelzung und zum Verlust der oberen Theile. Im weiteren Verlaufe sind die Bilder bei der Oxalsäurevergiftung

ähnlich wie bei der Schwefelsäure. In den verletzten Theilen und im ausgetretenen Blute findet man Krystalle von oxalsaurem Kalk; diese Krystalle zeigen sich, wo die Säure hinkommt. Es sind aber nicht die bekannten Briefcouvertformen, sondern abgebrochene rhombische Säulen oder Wetzsteinformen; sie liegen über Kreuz oder es sind amorphe Formen.

Die Aetzlaugen kommen bei Vergiftungen viel seltener vor, als die Säuren, wenigstens in Norddeutschland. In Wien sind die Fälle viel häufiger. Die durch Laugen erzeugten Nekrosen zeichnen sich dadurch aus, dass die ertödteten Theile nicht hart und weiss scheinen, sondern rothbraun, gequollen, weich und transparent. Es kann zwar auch hier zu einer Durchreissung des Magens kommen, doch bleibt es gewöhnlich bei oberflächlicher Nekrose und starken Extravasaten, die zu einer Abtödtung des Gewebes führen. Das Blut ist bei der Säurevergiftung missfarben, bräunlich, zum Theil in Klumpen geballt, bei der Laugenvergiftung hat es mehr eine blaurothe Farbe. Auch die Schorfe sind hier nicht so brüchig, auch kommt keine so vollständige Abstossung der Schleimhaut vor, wie bei der Säurevergiftung.

Zu den Laugen kann man in gewisser Beziehung auch das Cyankali rechnen. Dies wirkt auch alkalisch. Die ätzende Wirkung ist jedoch gering; eigentliche Aetzschorfe finden wir nicht, nur ausgesprochene Hyperaemieen und Haemorragieen der Schleimhaut, sowie Schleimabsonderungen. Wirkt das Cyankali p. m. weiter, so kommt es auch wie bei den Alkalien zur Schwellung, starker Turgescenz der oberen Schleimhautschichten des Magens. Der Blutfarbstoff wird aufgelöst und imbibirt die Magenwand; daher die rothe Verfärbung der gesammten Magenschleimhaut. Die Farbe ist hellroth in Folge der Bildung von Cyanhaematin. Das Hellroth ist manchmal nicht ausgesprochen, wenn nämlich das Präparat stark kohlensaures Ammoniak enthält. L. F.

Gerichtliche Entscheidungen.

Amtl. Nachr. d. R. V. A.'s 1894, Inv.- u. A.-Vers., S. 173:

Zum Begriff „geschlechtliche Ausschweifungen" im Sinne des § 17 Absatz 3 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes. In einer Invalidenrentensache hatte das Schiedsgericht eine von einem Geschlechtsleiden herrührende mehrmonatige Krankheit deshalb als Beitragszeit angerechnet, weil nach der glaubhaften Angabe des Klägers die Erkrankung nur auf eine einmalige geschlechtliche Berührung, nicht aber auf eine Reihe von Ausschweifungen, einen lasterhaften Lebenswandel, zurückzuführen sei. Das Reichs-Versicherungs-Amt ist dieser Auffassung in einer Revisionsentscheidung vom 27. Juni 1894 mit folgender Begründung entgegengetreten:

Das Schiedsgericht hat die Bedeutung des § 17 Absatz 3 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes verkannt, wenn es eine Krankheit unter der Annahme, dass dieselbe auf einen einmaligen geschlechtlichen Verkehr mit einer Frauensperson zurückzuführen sei, als „geschlechtliche Ausschweifung" im Sinne der gedachten Gesetzesvorschrift nicht angesehen wissen will.

Die Bestimmung des § 17 Absatz 3 a. a. O. ist, wie die Begründung zu § 13 des Entwurfs des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes erkennen lässt, im Wesentlichen den §§ 6 Absatz 3 und 26 Absatz 4 Ziffer 2 des Kranken-Versicherungs-Gesetzes vom 15. Juni 1883 nachgebildet. Nach dem Entwurf dieses letzteren Gesetzes sollte die Entziehung des Krankengeldes bei „lüderlichem Lebenswandel" eintreten. Die Reichstagskommission ersetzte diese Worte, weil sie nicht klar genug seien und zu Zweifeln Anlass gäben, durch die Worte „geschlechtliche Ausschweifungen". Im Uebrigen wurde bei der Kommissionsberathung die Nothwendigkeit der Bestimmung betont und damit begründet, dass man nicht den soliden Arbeiter zu Gunsten des lüderlichen belasten könne und dürfe. Es sei die Gefahr nicht ausgeschlossen, dass bei allgemeiner Zulassung derartig Erkrankter die Leistungsfähigkeit einzelner Kassen in grösseren Orten ernstlich in Frage gestellt werden könne. Bei den Verhandlungen im Reichstage selbst wurde besonders noch darauf hingewiesen, dass bei Handhabung der Befugniss zur Reduktion der Unterstützung die Krankenkassen unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände das Richtige zu finden wissen würden, und man nahm an, dass sich in solcher Weise den Bedenken begegnen lasse, welche an Unterstützungen, die dem moralischen Bewusstsein zuwider seien, sich knüpfen könnten (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages 5. Legislaturperiode II. Session 1882/83 3. Band Seite 2060 bis 2065).

Bei der Berathung der Novelle zum Kranken-Versicherungs-Gesetz vom 10. April 1892 hat die in Rede stehende Vorschrift erneut Anlass zu einer längeren Debatte darüber, ob sie nicht zu beseitigen sei, gegeben. Hierbei bemerkte der Kommissar des Bundesraths allerdings, dass nach seinem Dafürhalten unter einer geschlechtlichen Ausschweifung nicht etwa schon verstanden werden könne, wenn Jemand geschlechtlich krank geworden sei. Eine geschlechtliche Krankheit könne sehr wohl hervorgerufen worden sein durch ein Verhalten, welches als geschlechtliche Ausschweifung nicht angesehen werden dürfe; als geschlechtliche Ausschweifung sehe er von seinem Standpunkt aus nur ein Verhalten an, welches ein ausschweifendes Leben darstelle. Nur für diese Fälle werde nach seinem Dafürhalten von der Befugniss zur Entziehung des Krankengeldes Gebrauch gemacht werden können. Dagegen wurde aber von anderen Seiten — insbesondere den Abgeordneten Gutfleisch und Freiherrn von Stumm-Halberg — eingewendet, dass es sich bei der Vorschrift um eine spezielle Anwendung des allgemeinen Grundsatzes, die Versicherungsansprüche bei grober Verschuldung auszuschliessen oder einzuschränken, handele, dass der Geschlechtskranke des Krankengeldes deshalb verlustig gehen solle, weil er sich durch grobes Verschulden seine Krankheit zugezogen habe, und es nicht gerechtfertigt wäre, wenn seine Kameraden aus ihren Mitteln für dieses Verschulden eine Entschädigung zahlen sollten, sowie dass die Auffassung des Bundesraths-Kommissars nicht überall in der Praxis angenommen, sondern vielfach die gegentheilige Ansicht, wonach jede Art geschlechtlicher Verirrung unter die Gesetzesstelle falle, herrschend sei (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages 8. Legislaturperiode I. Session 1890/92 7. Band Seite 4759, 4761, 4763).

Dieser letzteren Auffassung, welcher bei den weiteren Verhandlungen nicht mehr widersprochen wurde, glaubt das Reichs-Versicherungs-Amt sich anschliessen zu sollen. Zunächst ist aus der im Gesetz erfolgten Zusammenstellung der Begriffe „geschlechtliche Ausschweifungen" und „Trunkfälligkeit" nichts dafür zu entnehmen, dass unter jenen nur ein fortgesetzter lüderlicher Lebenswandel zu verstehen sei; denn das Wort „Trunkfälligkeit" bezeichnet nicht, wie das Wort „Ausschweifungen", eine Handlung, sondern einen Zustand, eine Eigenschaft und schliesst daher selbstverständlich einen einmaligen Fall von Betrunkenheit aus. Sodann ist die Mehrzahl „Ausschweifungen" ebenso, wie die in der nämlichen Vorschrift enthaltenen Worte „Schlägereien", „Raufhändel", nur der Verallgemeinerung halber gebraucht, ohne dass damit das

Erforderniss mehrerer Fälle unsittlicher Handlungen hat betont werden sollen. An sich aber setzt der Begriff „Ausschweifung" sprachlich eine Mehrheit von Verfehlungen nicht voraus. Ausschweifend ist schon, was über die herrschende Sitte, die geltende Moral hinausgeht. Diese nun beschränken den erlaubten Beischlaf auf die Ehe. Es ist daher, um den Begriff der Ausschweifung auf eine geschlechtliche Handlung anzuwenden, mehr als ein einmaliger ausserehelicher Beischlaf nicht erforderlich.

Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprechen auch Erwägungen praktischer Art. Wollte man eine Fortsetzung geschlechtlicher Verirrungen im Sinne eines unsittlichen Lebenswandels erfordern, so wäre nicht abzusehen, in welcher Weise für einen solchen erhöhten Grad der Ausschweifung der Nachweis erbracht werden sollte. Die vorerwähnte Auslegung würde also geradezu die Ausführbarkeit und damit den Erfolg der betreffenden Gesetzesbestimmung überhaupt gefährden. Würde aber gleichwohl die Führung eines derartigen Nachweises angestrebt, so müsste dies Nachforschungen über das Leben des Arbeiters auf einem Gebiete zur Folge haben, auf welchem Konflikte mit dem Ehr- und Schamgefühl sich nicht vermeiden lassen, Nachforschungen, welche für Viele mit ungleich grösserem Nachtheil verbunden sein würden, als selbst der Verlust der beanspruchten Rente. Solche Konsequenzen können jedenfalls nicht dafür sprechen, dass der Gesetzgeber bei der in Rede stehenden Vorschrift eine Mehrzahl von geschlechtlichen Verfehlungen im Auge gehabt habe, und zwar um so weniger, als es sich um sozialpolitische Gesetze handelt, welche der Fürsorge für die arbeitenden Klassen gewidmet sind, und bei deren Durchführung Alles vermieden werden muss, was mit einer öffentlichen Preisgabe menschlicher Fehler und Schwächen verbunden ist (zu vergleichen auch Urtheil des Preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. Februar 1893, Entscheidung Band 24 Seite 327, sowie Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 4. Mai 1891, Sammlung von Entscheidungen 1891 Seite 387).

Amtl. Nachr. d. R. V. A.'s 1894, Inv.- u. A.-Vers., S. 158:

Wann tritt dauernde Erwerbsunfähigkeit im Falle eines nur durch Operation zu beseitigenden schweren Leidens ein. Ueber diese Frage hat das Reichs-Versicherungs-Amt in einem Falle, in welchem die von Erblindung bedrohte, völlig arbeitsunfähige Klägerin eine ihr zur theilweisen Erhaltung der Sehkraft angerathene Operation abgelehnt hatte, sich unter dem 12. Dezember 1893, wie folgt, ausgesprochen:

Die Klägerin ist seit dem 7. März 1892 thatsächlich völlig erwerbsunfähig, da sie auf dem linken Auge gänzlich erblindet, durch die häufig wiederkehrenden Entzündungen desselben auch das rechte Auge gefährdet ist, sie selbst aber in Folge der damit verbundenen Schmerzen und hochgradigen nervösen Erregung nichts mehr arbeiten kann. Die operative Entfernung des erblindeten Auges, welche ärztlicherseits angerathen worden war, an sich vornehmen zu lassen, hat die Klägerin abgelehnt, und damit ist der Zustand, welcher ihre Erwerbsunfähigkeit verursacht hat, und somit auch die letztere selbst „dauernd" geworden. Denn als vorübergehend, „nicht dauernd" lässt sich eine Erwerbsunfähigkeit nur dann ansehen, wenn ihre Ursachen durch solche Mittel beseitigt werden können, deren Anwendung im Rahmen des Heilverfahrens gemäss § 12 des Invaliditäts- und Alters-Versicherungs-Gesetzes möglich ist und von dem Versicherten geduldet werden muss, wenn er nicht den Anspruch auf Invalidenrente gemäss Absatz 4 der genannten Gesetzesbestimmung verlieren will. Zu derartigen Massnahmen gehören aber Operationen, welche Eingriffe in den Bestand oder die Unversehrtheit des menschlichen Körpers darstellen, nicht (zu vergleichen Revisionsentscheidung 224, Amtl. Nachr. des R. V. A.'s, I. u. A. V. 1893, S. 68); es ist deshalb die Weigerung der Klägerin, der ihr angesonnenen Operation sich zu unterziehen, nicht geeignet, ihren Renten-Anspruch zu gefährden.

Es fragt sich aber weiter, von welchem Zeitpunkt an in Fällen der vorgedachten Art die Erwerbsunfähigkeit als eine dauernde zu gelten hat, ob insbesondere der Zeitpunkt in Betracht kommt, in dem der ohne operativen Eingriff unheilbare Zustand der Erwerbsunfähigkeit objektiv vorhanden war, oder derjenige, in welchem die Weigerung, die Operation an sich vornehmen zu lassen, von dem Versicherten ausgesprochen worden ist.

Das Reichs-Versicherungs-Amt hat sich für die erste Alternative entscheiden zu müssen geglaubt. Wollte man den Tag der seitens der Klägerin ausgesprochenen Ablehnung für den Eintritt der dauernden Erwerbsunfähigkeit entscheidend sein lassen, so würde man den Beginn der Rente oft in das Belieben der Versicherungs-Anstalt stellen, da der Weigerung des Versicherten erst die von der Versicherungs-Anstalt an ihn gerichtete Aufforderung, sich der Operation zu unterziehen, vorausgehen muss, und mit diesem lediglich im Belieben des Anstalts-Vorstandes stehenden Entschluss, das Heilverfahren zu übernehmen, der Eintritt der Invalidität sich willkürlich verschieben würde. Ebensowenig kann aber auch der Entschliessung des Versicherten, ob er die Operation an sich vornehmen lassen will, auf die Frage des Eintritts der Invalidität von massgebendem Einfluss sein. Denn nicht schon sein Einverständniss mit der Vornahme der Operation hebt die Erwerbsunfähigkeit auf, sondern erst der thatsächliche Erfolg der Operation legt einer vorhandenen Erwerbsunfähigkeit den Charakter einer nur vorübergehenden bei.

Muss hiernach, so lange die Operation noch nicht vorgenommen ist, der objektive Befund für den Eintritt der dauernden Erwerbsunfähigkeit als entscheidend angesehen werden, so kann im vorliegenden Falle die Klägerin, da der Zustand der Erwerbsunfähigkeit, welcher nur durch einen operativen Eingriff zu beseitigen wäre, bereits am 7. März 1892 vorhanden war, die Rente schon von diesem Tage ab beanspruchen.

Amtl. Nachr. d. R. V. A.'s. 1894, Inv.- u. A.-Vers., S. 334.

Eine die Willensfreiheit der Partei beeinträchtigende Krankheit kann als Grund zur Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Folgen der Versäumung einer Prozessfrist in Frage kommen. Ein Arbeiter hatte bei Einreichung seiner Berufungsschrift die Rechtsmittelfrist um einen Tag überschritten. Im Laufe des Streitverfahrens kam bei dem Kläger ein schweres Gehirnleiden zur Entwickelung, welches demnächst auch die Bestellung eines Pflegers für ihn nothwendig machte. Dieser bat unter Berufung auf ärztliches Gutachten zum Beweise dafür, dass der Kläger schon seit längerer Zeit an einer die Willensfreiheit beeinträchtigenden Krankheit gelitten habe, um Gewährung der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Folgen der Versäumung der Berufungsfrist. Diesem Antrage hat das Rekursgericht in der Entscheidung vom 22. Mai 1894 stattgegeben, indem ausgeführt wurde:

Ist es schon zweifelhaft, ob der Ablehnungsbescheid vom 13. Mai 1892 überhaupt noch dem Kläger selbst mit rechtlicher Wirksamkeit zugestellt werden konnte, da dieser damals schon an einem schweren Gehirnleiden litt und dadurch seine

Willens- und Handlungsfähigkeit bereits theilweise verloren hatte, so ist doch jedenfalls nach dem Gutachten des vernommenen Arztes anzunehmen, dass die geistige Erkrankung in fortschreitender Entwickelung das Verständniss des Klägers für Raum- und Zeitbegriffe bereits zur Zeit der Zustellung des Ablehnungsbescheides beeinträchtigt oder sogar völlig aufgehoben hatte. Die Versäumung der Berufungsfrist ist hiernach auf einen unverschuldeten objektiven, ausserhalb des eigenen Willens liegenden Hinderungsgrund zurückzuführen, welcher nach der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungs-Amts die Gewährung der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand rechtfertigt (zu vergleichen Rekursentscheidungen 546 und 1235, Amtl. Nachr. des R. V. A.'s 1888 S. 280 und 1893 S. 180).

Gerichts-Verhandlungen.

Aus dem Oberverwaltungs-Gericht.

(Entscheidung vom 13. Dezember 1894, III. 1376, über den Begriff der Gesundheitsgefahr.)

Die Polizeiverwaltung zu P. von der Annahme ausgehend, dass das auf der Abdeckerei des M. stattfindende Auskochen zerstückelter Kadaver und sonstiger Fleischtheile mit Gefahren für die Gesundheit des Publikums verbunden sei, gab dem M. auf, binnen 14 Tagen solche Einrichtungen zu treffen, welche jede Verbreitung gesundheitsschädlicher, widerlicher Gerüche und damit jede Schädigung der Gesundheit der davon betroffenen Personen ausschliessen. Die gegen die Verfügung der Polizeiverwaltung von M. erhobene Klage hat das O.-V.-Gericht in letzter Instanz zurückgewiesen. Der sachverständige Arzt hatte sein Gutachten dahin abgegeben, dass zwar durch den Betrieb auf der Abdeckerei eine Belästigung der Bevölkerung hervorgerufen werde, die eine Aenderung der Anlage unumgänglich nothwendig mache, dass aber der Geruch eine Gefährdung oder Benachtheiligung der Gesundheit weder gegenwärtig bedinge, noch für die Zukunft befürchten lasse. Dabei war das Gutachten wörtlich dahin motivirt:

Die Dünste geben zu den ekelhaften, schier unerträglichen Gerüchen, welche die Klagen unausgesetzt hervorrufen, die Veranlassung. Durch das Auskochen der fauligen thierischen Gewebe entstehen die Produkte der durch hohe Hitzegrade bedingten Destillation, es sind darunter theils scharf riechende chemische Verbindungen, Schwefelammonium, theils die überaus widerlichen Gerüche flüchtiger Fettsäuren. Das Ekelerregende und Widerliche dieser Gerüche kann nicht genug betont werden . . . Nicht bloss in der Nähe der Abdeckerei, nicht bloss bei den nächsten Wohngebäuden und auf dem Friedhof, sondern auf der Chaussee, in der Stadt selbst habe ich den ekelerregenden Geruch dieser Dämpfe wahrgenommen... Er wird für einzelne Wohnstätten eine kaum erträgliche Plage....

Die in früherer Zeit gangbare Ansicht von der Gefährlichkeit fauliger Ausdünstungen für die menschliche Gesundheit theilt man gegenwärtig nicht mehr und namentlich hat die Kritik die mannigfachen, von älteren Schriftstellern angeführten Fälle von Erkrankungen nach Einathmung solcher Dünste in einem andern Lichte dargestellt, es hat sich in der Regel um die Einathmung irrespirabler, mit den Fäulnissprodukten nur in losem Zusammenhange stehender Gase in engen Räumen gehandelt... Hiernach muss die Möglichkeit einer Gefährdung oder Benachtheiligung der menschlichen Gesundheit durch die Einathmung fauliger Zersetzungsprodukte ausgeschlossen werden. Ohne Frage werden durch sie namentlich bei längerer Einwirkung eine Anzahl leichterer Krankheitserscheinungen hervorgerufen, wie Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, selbst Erbrechen und Durchfälle, aber dieselben sind lediglich die Wirkungen des Ekels . . .

Das O. V. G. hat demgegenüber ausgeführt, dass sich der Sachverständige in einem Rechtsirrthume über den Begriff der Gesundheitsgefahr (§ 10 Tit. 17 Theil II Allg. Landrecht) befinde. Es sagt: „Bei der Feststellung, ob eine Gesundheitsgefahr vorliegt, kommt es nicht darauf an, ob Gerüche an sich und unmittelbar der menschlichen Gesundheit schädlich sind, sondern ob die Gerüche den von ihnen betroffenen Personen wegen ihrer Widerlichkeit und Ekelerregung dasjenige Mass an reiner Luft, welches zur Erhaltung der Gesundheit nothwendig ist, verkümmern". Und da eine solche Verkümmerung aus dem Gutachten des Sachverständigen selbst und den Aussagen der Zeugen, die wegen der Gerüche gezwungen waren, öffentliche und private Gärten etc. zu verlassen und die Fenster ihrer Wohnungen zu schliessen, hervorging, hat das O. V. G. die Gesundheitsgefährlichkeit der Ausdünstungen festgestellt und die Verfügung der Polizei für gerechtfertigt erklärt.

K.

Tagesgeschichte.

Der Prozess Czynski, welcher sich vom 17.—20. Dezember v. J. vor dem Schwurgericht München abspielte, dürfte in ärztlichen Kreisen noch geraume Zeit im Vordergrund des Interesses bleiben. Es handelt sich in diesem Falle um die angebliche verbrecherische Verwendung des Hypnotismus in einer Weise, wie sie die praktische Strafrechtspflege noch nicht beschäftigt hat.

Das Beweisthema spitzte sich, wie dies z. B. im Fall Eyraud-Bompard behauptet wurde, nicht dahin zu, dass Jemand durch den Einfluss posthypnotischer Suggestion bei Begehung einer Strafthat in einen Zustand von „Bewusstlosigkeit" versetzt sein sollte, durch welchen seine freie Willensbestimmung, mithin im Sinne des § 51 des R.-St.-G. seine Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen war, nein, es wurde behauptet, die posthypnotische Suggestion sei im Stande, den freien Willen Jemandes in dem Umfange zu beeinträchtigen, dass die wiederholte Duldung des geschlechtlichen Umgangs, welche zwei Monate nach der Hypnose begann, in einem Zustande von seelischer Unfreiheit geschah, welcher sich mit dem Begriff der Willenlosigkeit, welchen der § 176, 2 des Strafgesetzbuches umschreibt deckt.

Da der wesentliche Theil der Beweisaufnahme unter Ausschluss der Oeffentlichkeit stattfand, werden wir abwarten müssen, ob es den Herren Sachverständigen Grashey, Hirt, Preyer und v. Schrenk-Notzing, welche ihre Gutachten gemeinsam in Broschürenform veröffentlichen wollen, möglich werden wird, die thatsächlichen Unterlagen derselben in genügender Ausführlichkeit mitzutheilen.

Die Geschworenen haben bei dem diesbezüglichen Theil der Anklage ein freisprechendes Urtheil gefällt. Entweder sind sie den Ausführungen des Sachverständigen Fuchs gefolgt, welcher den ganzen Hypnotismus mit einer Komödie vergleicht, oder sie haben sich gedacht, dass sie bei allem Respekt vor den Ausführungen der Gelehrten die Wirkung des Hypnotismus erst dann heranziehen wollten, wenn es ihnen unmöglich erschienen wäre, dass ein Gauner von gefälligem Aeussern und der nöthigen Frechheit eine zur Extravaganz neigende Dame bei günstigen äusseren Umständen verführen könnte.

Uebrigens hat sich Herr von Schrenck unterdessen interviewen lassen. Wir erfahren aus dem Bericht (Gegenwart No. 1, 1895) nichts wesentlich Neues über die Thatsachen.

Herr Preyer skizzirt vorläufig den Gedankengang seines Gutachtens in der deutsch-mediz. Wochenschrift (No. 2, 1895).

Er ist, wie er mittheilt, ohne jede Kenntniss der Thatsachen plötzlich zur Hauptverhandlung geladen worden und scheint vor Allem einen Vorgang aufklären zu wollen, welcher sich in derselben zutrug.

Wie in den politischen Zeitungen unwiderrufen stand, hatte er gemeint, dass die Unterschrift der Baronesse v. Z. unter dem Trauschein ebenfalls im Zustande hypnotisch-suggestiver Beeinflussung geleistet worden sei. Als ihn ein Geschworener darauf aufmerksam machte, dass sie von dem Gaunergenossen, welcher die Scheintrauung in Szene setzte, herrühre, hielt er an der Meinung, sie müsse jedenfalls unter suggestiver Beeinflussung entstanden sein, fest. Ebenso hält er die Gesellschafterin der Baronesse, welche Zeugin der Traungskomödie war, für willensunfrei in Folge von Suggestion. L.

In eigener Sache.

Wir haben es nicht erwartet, dass der rein sachliche Inhalt unseres Programms Gegenstand eines Angriffs werden könnte, welcher in seiner ganzen Tonart ebenso unberechtigt erscheinen muss, wie in seinem Inhalt.

Vier ordentliche Professoren der Göttinger Medizinischen Fakultät, die Herren Ebstein, König, Ludwig Meyer, Schmidt-Rimpler, behaupten in einer in No. 53 der Berl. Kl. Woch. veröffentlichten Erklärung, dass unsere Feststellung „Die Universität nimmt vorläufig auf den einschlägigen (sc. die Sachverständigenthätigkeit) Theil praktischer Ausbildung so gut wie keine Rücksicht“ den Thatsachen nicht entspräche, und führen in einem umfangreichen Proteste, welcher Redewendungen wie „Woher haben die Herren ihre Weisheit geschöpft“ enthält, aus, dass in den Göttinger Kliniken seit Jahren die Methode der Begutachtung von Unfallkranken praktisch erläutert, ausserdem aber ein besonderes Kolleg über Unfallverletzungen gelesen werde.

Wir begreifen nicht, weshalb die Herren gerade gegen unser Programm sich so ereifern. Seit mindestens einem Jahre unterliegt die angefochtene Behauptung der öffentlichen Diskussion. Sie entstammt einem Antrage der Berlin-Brandenburger Aerztekammer, sie fand durch die Presse die weiteste Verbreitung, der Ausschuss sämmtlicher preussischen Aerztekammern stimmte ihr zu.

Wie kommen die Herren dazu, unser Vorgehen als ein unberechtigtes zu erklären und daraus Gelegenheit zu nehmen, die besonderen Vorzüge der Göttinger medizinischen Fakultät öffentlich anzukündigen?

Auch erfüllen die dortigen Maassnahmen nicht die berechtigten Wünsche der deutschen Aerzteschaft. Einzelne Vorlesungen über Unfallbeschädigungen werden auch an anderen Universitäten, z. B. hier in Berlin von den Herren Professoren Mendel und Litten, gehalten, doch scheint uns eine grundsätzliche Verallgemeinerung dieses vereinzelten Vorgehens und die Forderung einer systematischen Belehrung über die gesammte soziale Gesetzgebung, als nothwendige Rücksichtnahme auf diesen wichtigen Theil ärztlicher Erwerbsthätigkeit.

War es doch gerade der Chefredakteur der Berl. Kl. Woch., Herr Professor Ewald, welcher zu diesem Antrage in der Aerztekammer das Wort ergriff und ausführte:

„Ich finde, dass die Nothwendigkeit so ausserordentlich klar ist . . . . . ich möchte, dass der Herr Minister aufgefordert wird, zu veranlassen, dass in die Unterrichtspläne resp. in den Lehrauftrag ein dahin zielender Passus aufgenommen wird.“

Ein anderer Universitätslehrer, Herrr Professor Guttstadt, forderte sogar geeignete Berüchsichtigung der bezeichneten Gegenstände in der ärztlichen Prüfung.

Es ist ein merkwürdiges Spiel des Zufalles, dass, wie uns aus hiesigen Universitätskreisen mitgetheilt wird, gerade die Göttinger med. Klinik, welche den Antrag einer Berufsgenossenschaft zur Aufnahme eines Unfallverletzten ablehnte, zu der Verfügung des Herrn Unterrichtsministers im Jahre 1891 Veranlassung gab, welch letztere besagt, dass der Herr Minister den Kliniken das Recht zugestehen müsse, Fälle zurückzuweisen, welche sich für den eigentlichen Zweck der Kliniken, für den medizinischen Unterricht nicht eigneten.

Und wenn uns die Herren fragen, woher wir unsere Weisheit geschöpft haben, so können wir getrost mit der dem ärztlichen Sachverständigen geläufigen Formel antworten: „aus eigener thatsächlicher Wahrnehmung.“

Wir stehen mitten im ärztlichen Leben und sind durch unsere literarischen Bestrebungen und bei der Veranstaltung von ärztlichen Fortbildungskursen in regen Gedankenaustausch mit vielen Kollegen getreten, auch mit solchen, welche jüngst erst die Hochschule verlassen haben.

Da haben wir oft über diese Lücke in der Universitätsausbildung Klage führen gehört.

Indem wir des Weiteren auf unsere in No. 1 des neuen Jahrgangs der Berl. Kl. Woch. gebrachte Gegenerklärung verweisen, überlassen wir es getrost dem Urtheil der deutschen Aerzteschaft, ob nicht die Göttinger Herren, vor deren wissenschaftlicher Bedeutung wir uns gern beugen, uns zu Unrecht beschuldigt haben.

Berlin, am 8. Januar 1895. L. Becker. A. Leppmann.

Fragen und Antworten.

Frage: Ist es durchaus und unter allen Umständen nothwendig, dass in jedem ärztlichen Atteste angegeben wird, zu welchem Zwecke dasselbe verlangt wird?

Antwort: Ja, das ist nothwendig; denn wenn das Attest bei Behörden benutzt wird, welche durch das Fehlen dieser Angabe zu Missverständnissen gebracht werden, so kann der ausstellende Arzt dafür regresspflichtig gemacht werden. So hatte in B. ein Mann von einem Arzte ein Attest erbeten, dass er nach dem 23. November 1891 als dauernd erwerbsunfähig betrachtet werden müsse, indem er erklärte, dass er sich um eine öffentliche Unterstützung für die Zeit vom 23. November 1891 ab beworben hätte und hierzu ein Attest gebrauche. Er erhielt auch ein solches, reichte dasselbe aber als Invaliden-Renten-Bewerber einer Versicherungs-Anstalt ein und bekam darauf eine Rente. Nachher stellte sich heraus, dass er diese Rente zu Unrecht bekommen, weil er schon längere Zeit vor dem 23. November 1891 (dem entscheidenden Termine für das Inkrafttreten des Gesetzes) erwerbsunfähig gewesen. Die Versicherungs-Anstalt klagte den ihr erwachsenen Verlust von 85 Mark, welcher vom Invaliden nicht zu erhalten war, gegen den Attestaussteller ein, weil sie durch die Fassung des Attestes zu der irrthümlichen Auffassung gelangt wäre, dass der Rentenbewerber erst seit dem 23. November 1891 dauernd erwerbsunfähig gewesen sei. Das Landgericht hat den Arzt zur Zahlung der angegebenen Summe verurtheilt, indem es ausführte, dass der Wortlaut des Attestes thatsächlich geeignet gewesen sei, bei den Beamten den Irrthum zu erwecken, dass die Erwerbsunfähigkeit erst seit dem 23. November 1891 bestände und nicht schon vorher. Durch Aufmerksamkeit des Arztes hätte dieser Irrthum verhütet werden können, denn es sei die Pflicht des Arztes, der um ein Attest gebeten werde, sich genau zu erkundigen, welchem Zwecke es dienen soll. Durch Ausserachtlassen dieser gewöhnlichen Sorgfalt hätte er den Irrthum des Beamten verschuldet, und deshalb müsse er für den der Versicherungs-Anstalt dadurch entstandenen Schaden haften.

Herrn Oberarzt Dr. N. in Berlin: Ihre gefällige Anfrage betreffs der Unsicherheit in der Auslegung des Begriffs „geschlechtliche Ausschweifung“ findet durch die in dieser Nummer zum Abdruck gebrachte Entscheidung des Reichs-Versicherungs-Amts vielleicht ihre ausreichende Beantwortung.

…wortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 3. Ausgegeben am 1. Februar.

Die Aufnahme in die Privatirrenanstalt.

Von

Dr. A. Leppmann.

In der unbehaglichen Drangperiode unserer nach Umgestaltung ringenden Zeit hat die Seelenheilkunde einen schweren Stand. Die ohnehin so eng begrenzte Wirksamkeit ihrer Behandlungsarten droht durch unterwühlende Beeinflussung der öffentlichen Meinung beeinträchtigt zu werden. Der Hauptangriffspunkt ist die Irrenanstalt. Ohne genügenden Grund verdächtigt man ehrenwerthe Männer, welche die Behandlung unglücklicher Kranker zu ihrer Lebensaufgabe gemacht haben; über Gebühr hinaus verängstigt man mitfühlende Angehörige und erschwert so Denen, welchen man zu nützen wähnt, den besten, ja oft den einzigen, Weg zur Rettung.

Kein Irrenarzt wird so thöricht sein, dass er nicht die Gesetze und Verordnungen, welche die Stellung des Geisteskranken im staatlichen Organismus umgrenzen, für ergänzungs- und aufbesserungsbedürftig erachtete, doch das überzeugungstreue Programm jedes Praktikers muss das Rechtsverhältniss der Irrenanstalten zu den Staatsbehörden dahin zusammenfassen: Sorgfältigste Ueberwachung der Aufgenommenen, aber keine Erschwerung der Aufnahme.

Am meisten beargwöhnt unter allen Pflegestätten Geisteskranker erscheinen gegenwärtig die Privatanstalten, also diejenigen geschlossenen Irrenanstalten, welche weder von Behörden zu öffentlichen Zwecken, noch von Vereinigungen als Wohlfahrtseinrichtungen, sondern von Privatleuten zu Erwerbszwecken geführt werden. Wer die geschichtliche Entwickelung unseres Irrenwesens und den gegenwärtigen Stand desselben in den Kulturstaaten kennt, der wird an der Unentbehrlichkeit dieser Einrichtungen für die weitabsehbare Zukunft nicht zweifeln.

Der ärztliche Praktiker aber wird sich klar darüber bleiben müssen, dass dort, wo in seiner Klientel bei der eingetretenen Nothwendigkeit einer Anstaltsbehandlung eine Auswahl möglich ist, das Publikum in der Privatanstalt das am ehesten findet, was es namentlich bei frischen Erkrankungen verlangt: möglichste Individualisirung in der Pflege und unverdrossene Auskunftsertheilung weit über das Maass des Nothwendigen hinaus.

Deshalb wird jeder praktische Arzt auch mit den Formalitäten des Aufnahmeverfahrens vertraut sein müssen.

Die Bedingungen zur Aufnahme in eine Privat-Irrenanstalt bestehen, wie ja auch aus der in dieser Nummer abgedruckten Würtemb. Verfügung hervorgeht, bei allen deutschen Staaten im Wesentlichen in Folgendem:

1) dem Antrage der Angehörigen bezw. sonstiger Verfügungsberechtigter;

2) dem Gutachten eines beamteten bezw. mit fides publica betrauten Arztes;

3) der Benachrichtigung bezw. Zustimmung einer Behörde der öffentlichen Sicherheit.

Unbeirrt aber durch die Saat des Misstrauens gestehen die Staatsbehörden zu, dass im Nothfall das begründete Gutachten jedes praktischen Arztes zur Aufnahme genügt, worauf dann in der Anstalt die Nachuntersuchung durch den beamteten Arzt und von der Anstaltsleitung aus die Kundmachung der Aufnahme bei der zuständigen Behörde erfolgt.

Dass das Vorliegen eines solchen „Nothfalles" bei der Aufnahme in die Privatanstalt besonders häufig begründet werden kann, soll weiter unten gezeigt werden.

Jedenfalls gehört es zu den allgemein ärztlichen Pflichten, für die Ausstellung eines begründeten Gutachtens zur Aufnahme in eine Privatirrenanstalt stets gerüstet zu sein.

Welche Grundsätze sollen den Arzt dabei leiten?

Die Diagnose einer Seelenstörung genügt nicht zur Begründung der Anstaltsaufnahme und deshalb halte ich es für nicht ganz folgerichtig, wenn in der für ganz Preussen geltenden Cirkular-Verf. vom 19. Januar 1888 gesagt wird, dass zur Aufnahme eines wegen Seelenstörung Entmündigten nur der Entmündigungsbeschluss als einziges Krankheitsdokument beigebracht zu werden braucht. Das kann unter Umständen dazu führen, dass man irgend ein dauernd geistig invalides, aber völlig harmloses Individuum, welches bei ihm gelassener Freiheit noch ein leidlich menschenwürdiges Dasein führt, überflüssiger Weise hinter Mauern abschliesst. Auch ist es grundsätzlich nicht richtig, eine krankenpflegerische bezw. sanitätspolizeiliche Maassregel mit einer civilrechtlichen zu verquicken.

Demnach muss die vorhandene Geistesstörung bestimmte Eigenschaften haben, um die Aufnahme als nothwendig erscheinen zu lassen.

In dieser Beziehung lehrt die ärztliche Erfahrung, welche bis in die Anfänge einer geordneten Irrenpflege, also mindestens

auf ein Jahrhundert, zurückreicht, dass jedes plötzliche oder auch nur halbrasche Herauschwanken aus dem seelischen Gleichgewicht am besten, vollständigsten und sichersten beseitigt wird durch Herausnahme aus den bisherigen Lebensverhältnissen und Verbringen an eine Stätte, welche durch ihre Weltabgeschiedenheit und eine gewisse Einförmigkeit am ehesten Hirnruhe schafft und zugleich durch die Art ihrer Einrichtungen eine genaue Ueberwachung der Lebensführung und ein Fernhalten der Unglücksfälle, welche aus krankhaften Strebungen hervorgehen, gewährleistet.

Deshalb lautet die Regel: Jede akute Seelenstörung gehört in die geschlossene Anstalt. Wie jede Regel hat sie ihre Ausnahmen. Man kann bisweilen schwere Erkrankungen ausserhalb der Anstalten zu glücklichem Ende führen, aber wenn ich all die Versuche überblicke, von denen ich im Laufe vieler Jahre Zeuge wurde, die Verschickung in Kaltwasserheilanstalten und auf das Land, das Einschmuggeln in Sanatorien, die Schaffung von Anstaltsverhältnissen im Privathause, so muss ich sagen, dass sehr sehr viele ungünstige Ausgänge und viel für die verarmenden Angehörigen drückende Ausgaben hätten vermieden werden können, wenn man bald vor die richtige Schmiede gegangen wäre.

Am ehesten gelingt noch ein solcher Versuch bei denjenigen akut halluzinatorisch Verrückten, welche durch die Stärke der Erregtheit und den gleichzeitigen Eintritt gehäufter Sinnestäuschungen rasch und völlig verworren werden und dann in einer Art traumhafter Benommenheit wochen- und monatelang bald tobend, bald stumpf brütend hindämmern, bis ziemlich rasch die Aufhellung eintritt. Solche Kranke habe ich wiederholt in einer etwas geräumigen Grossstadtmiethswohnung unter geeigneter Wärteraufsicht bis zur Heilung gepflegt.

Das sind indessen die Fälle, bei denen man das Publikum am ehesten von der Nothwendigkeit einer Ueberführung überzeugen kann.

Den schwersten Stand hat man bei der Melancholie. Die beginnende traurige Verstimmung, welche mit wellenförmigen Ausbrüchen und Nachlässen einsetzt, unterscheidet sich in den Augen des Laien so wenig von der üblichen „Nervosität“, dass er die drohenden Gefahren der raschen Verschlimmerung und der Selbstbeschädigung, welche ihm der Arzt pflichtmässig vorhält, gar nicht zu glauben vermag. Aber auch der Arzt kann für sich im Zweifel sein, ob der krankhafte Affekt, den er oft ohne Kenntniss des Vorlebens als Symptom vor sich sieht, nur das Produkt von Erschöpfung und Misslaunigkeit eines Neurasthenikers ist, und in Stunden verfliegt, oder ob er eine tiefgehende Schädigung des Gemüthslebens darstellt. Freilich hat er manche Fingerzeige. Sobald, wenn auch nur angedeutet, gewisse charakteristische Versündigungsideen, wie „man sei faul, habe innerlich Gott gelästert, bringe die Familie an den Bettelstab, es lange nicht mehr zum Essen“ aus den Reden des Erkrankenden hervorgehen, dann liegt die Art der Erkrankung klar; ebenso erfordern gewisse Altersstufen, wie z. B. das Alter der Vollreife bei Männern, besondere Vorsicht. Im Uebrigen, wenn man sich nicht völlig klar ist, oder die Angehörigen zu sehr widerstreben, dann stecke man den Erkrankenden ins Bett, weil man ihn dort am genauesten durch sich ablösendes Wart- oder Dienstpersonal bewachen kann. Dann wird man einige gefährliche Beobachtungstage mit verhältnissmässig geringem Nachtheil überstehen. Das Gleiche kann man bei beginnenden Exaltationszuständen akut verrückt oder maniatisch Werdender thuen, wenn man die Möglichkeit eines transitorischen Verlaufs einige Tage abwarten will.

Kommt der Arzt aber in die Lage, das Gutachten zur Aufahme selbst abzufassen und zu begründen, so wird sich dasselbe nach dem oben Gesagten zu der Formel zuspitzen: Die Aufnahme ist nothwendig aus Mangel an zweckentsprechender häuslicher Behandlung, Pflege und Ueberwachung wobei man sich klar darüber werden muss, dass hier der „Mangel an zweckentsprechender häuslicher Pflege“ eine andere Bedeutung hat, wie beim körperlich Kranken, wo meist nur die materielle Bedürftigkeit dabei in Frage kommt.

Wie begründet aber der Arzt den Nothfall, welcher ihn zur Ausstellung des Attestes ohne Mitwirkung des Medizinalbeamten berechtigt?

Die in Betracht kommenden Verfügungen geben hier keine erschöpfenden Anordnungen. Sie überlassen den Entscheid den Umständen des einzelnen Falles.

Ein Nothfall scheint mir in jedem Falle dort vorliegend, wo zu dem Mangel an zweckentsprechender Pflege und Ueberwachung das Moment der Gemeingefährlichkeit kommt. Dieser Begriff ist bei Geistesstörungen freilich ein dehnbarer und ich habe in diesen Blättern hoffentlich noch einmal Gelegenheit, des Weiteren darauf zurückzukommen. Er ist dann aber zweifellos vorhanden, wenn man an dem Kranken ein Verhalten beobachtet, durch welches er die persönliche Sicherheit seiner Umgebung zu gefährden oder die öffentliche Ruhe zu stören droht, also z. B. wenn er durch nächtliche Unruhe die Mitbewohner seines Hauses aus dem Schlafe weckt, oder an die Seinigen gegen sonstige Gepflogenheit Schläge austheilen will.

Zweitens wird der Nothfall durch bereits offenkundige Verwahrlosung bedingt, ein Fall, welcher gerade in der Grossstadt nicht so selten ist. Da ist eine alleinstehende Rentnerin oder ein jugendlicher Chambregarnist, von deren Erkrankung die auswärts wohnenden Angehörigen erst dann erfahren, wenn die Kranken durch freiwilligen Nahrungsverzicht entkräftet, oder durch Nichtachtung der Reinlichkeit, durch Vergeudung ihrer Mittel, durch Verschleppen ihrer Sachen, in einen jammervollen Zustand gerathen sind.

Drittens halte ich das Vorliegen eines Nothfalles für begründet, wenn durch weiteres Zuwarten die Leichtigkeit und Sicherheit der Ueberführung gefährdet wird.

Nehmen wir an, es handele sich um einen hochgradig verängsteten Halluzinanten, welcher den gutgemeinten Zureden seiner Angehörigen mit einer Mischung von stummem Trotz und Erregungsausbrüchen begegnet, wie dies die Regel ist. Zu diesem kommt der Arzt. Das erste Mal ist es dem Erkrankenden möglich, sich dadurch, dass man auf seine Ideen eingeht und ihm seine Täuschungen abexaminirt, zu entlasten. Er ergiebt sich dem, der ihn versteht, mit vollem Zutrauen, er will ihm freiwillig folgen und die Ueberführung geht ohne Zwang und Gewalt von Statten.

Da kann man nicht warten, bis der Physikus citirt ist, oder wie das an einem Orte, wo ich ehedem wirkte, die Regel war, die Polizeibehörde sich durch Entsendung eines Schutzmannes von der Nothwendigkeit der ärztlichen Anordnung überzeugt.

Abgesehen von der zweckentsprechenden Begründung seiner Schlussfolgerungen wird ein derartiges Aufnahmeattest sich genau nach der in No. 1 dieser Zeitschrift angegebenen Form richten, namentlich versäume man nie eine kurze, markante Schilderung des Status präsens zu geben. Man schützt sich dadurch am ehesten vor nachträglichen Beschuldigungen Halbgenesener, auf deren Seite sich die Angehörigen aus Furcht oder missverstandener Liebe stellen.

Bisher habe ich der chronischen Seelenstörungen, d. h. der allmählich und schleichend beginnenden und im wissenschaftlichen Sinne unheilbaren, noch nicht erwähnt.

Welche Gründe kommen bei deren Anstaltsaufnahme in Betracht? Etwa nur die Gemeingefährlichkeit oder nur der Mangel an andersartiger Pflege überhaupt? Durchaus nicht! Uns lehrt die Erfahrung, dass selbst unheilbare Störungen durch den Anstaltsaufenthalt gebessert, d. h. äusserlich beruhigt und wieder gesellschaftsfähig, wenn ich so sagen darf, gemacht werden. Dies gilt namentlich von der chronischen Verrücktheit. Eine nicht geringe Zahl der angeblich unschuldig Eingesperrten, welche mündlich und schriftlich in Laienkreisen Beunruhigung hervorrufen, sind solche chronisch Verrückte, welche durch den Anstaltsaufenthalt bis zur Dissimulation ihres Wahnsystems beruhigt sind.

Demnach wird die Aufnahmebegründung eines chronisch Kranken in vielen Fällen ebenfalls in erster Reihe behufs zweckentsprechender Behandlung, ausserdem aber behufs Pflege und Ueberwachung erfolgen.

Am besten wäre es, man könnte den chronisch Verrückten dann zur Anstaltsfürsorge bringen, wenn man merkt, dass er fremden Gedankeninhalt birgt, dass die Stellung seiner Person zur Aussenwelt sich wahnhaft umzugestalten anfängt. Die unscheinbare Art des Krankheitsbeginnes und das zunächst im seelischen Innenleben fortschreitende Wirken der geistigen Entartung bringen es mit sich, dass man sich über die Werthigkeit der Erscheinungen täuscht, dass jedes Jahr, ja jede Jahreszeit für einen solchen Kranken neue Behandlungsmethoden und neue Scheinheilungen bringt, bis die Verrückung des Ichbewusstseins so weit vollendet ist, dass der Kranke nicht nur blos auffallend spricht, sondern sich auffallend benimmt, d. h. die Konsequenzen aus seinem Wahnsystem zieht.

Da ist z. B. der weibliche Sprössling einer Familie, deren einzelne Mitglieder das nach meiner Erfahrung bedenklichste Entartungsbild zusammensetzen. Zwar sind nicht auffallend häufig schwere Seelen- und Nervenkrankheiten darin vorgekommen, aber die Schrulle, der falsche Affekt und die Bizarrerie herrschen bei jedem Mitgliede in mannigfacher Form und Gestaltung. In diesem Milieu wächst die Krankheitskandidatin auf, verzärtelt, ängstlich behütet, weltfremd. Mit 16 Jahren, im Anschluss an eine Menstruationsstörung, treten die ersten Täuschungen auf. Man hat auf der Strasse sie eigenartig angesehen, man hat hinter ihr geflüstert. In der ersten Angst wendet sie sich an die Mutter. Darauf folgen Vernunftgründe, Scherze, Ortswechsel, Stahlbad; die Täuschungen blassen ab, ohne Krankheitseinsicht. Der paranoische Kern, der misstrauische Argwohn gegen die Welt, die symbolisirende Umgestaltung aller Eindrücke bleiben. Sie wird möglichst rasch verheirathet. Nach der ersten Entbindung folgen Unterleibsbeschwerden, denen sie in ihrem Innern bereits unkorrigirbare Beeinträchtigungswahnideen angliedert. Sie drängt sich mit einer Art Wollust des körperlichen Schmerzes zu operativen Eingriffen und wandert — ein nicht seltenes Vorkommniss bei Paranoischen — vom Frauenarzt zum Chirurgen, dann womöglich noch zum Hals-, Nasen- und Ohrenarzt. Bei einer besonders angreifenden Operation der Entfernung von Hämorrhoiden wird sie stärker erregt und offenbart dem ahnungslosen Ehemanne ein ganzes Wahnsystem: man spreche durch die Wand, man mache sich über ihren After lustig, man schnüre ihr die Därme zu. Dann schweigt sie wieder wie von einer Sache, auf die zurückzukommen peinlich ist. Der Mann erholt sich von seinem Schreck, alles bleibt beim Alten, nur dem näher Stehenden könnte vielleicht die Schroffheit auffallen, mit der die Hausfrau einzelne Personen ihres Bekanntenkreises plötzlich brüskirt. Da eines Tages, nachdem vielleicht wieder Jahre verflossen sind, im Anschluss an einen ehelichen Streit, bleibt sie im Bett, ruft nach der Polizei, will die Wände untersucht haben, weil Telephone darinnen laufen, kurz, sie bethätigt ihr längst bestehendes Leiden. Darauf kommt sie wegen eines „plötzlichen Anfalls von Seelenverstimmung“ in die Anstalt und die Angehörigen sind sehr ungnädig, wenn man ihnen ehrlicher Weise die trübe Prognose mittheilt. Da heisst es denn, die Psychiatrie kann nichts leisten, anstatt froh zu sein, dass die Anstalt bei einem so verschleppten Falle wenigstens noch einen äussern Erfolg verspricht.

Eine Sonderstellung nimmt die progressive Paralyse ein. Entschieden sind die Fälle, wo die fortschreitende Abnahme der Intelligenz durch ein Erregungsstadium von charakteristischer Form mit abundanten Grössenideen, Zerstörungssucht und Unreinlichkeit eingeleitet wird, in neuerer Zeit seltener geworden. Vielleicht hängt das mit der Art des Krankenmaterials, welches eine „asthenische“ Zeit erzeugt, zusammen. Deshalb kann man jetzt jedenfalls öfters das Risiko eingehen, auf die Harmlosigkeit eines solchen Kranken zu vertrauen und ihn im Familienkreise zu belassen. Immer indessen rathe ich davon ab, wo jüngere Kinder im Hause sind. Der Eindruck eines läppisch werdenden Erwachsenen wirkt zu ungünstig auf ein jugendliches Gemüth und das Recht der Lebenden überwiegt das der Hoffnungslosen.

Sehr ungern sende ich jugendliche Kranke aus der noch unerforschten Krankheitsgruppe, die man mit moral insanity bezeichnet, in die Anstalt. Letztere soll für den Augenblick die Schande zudecken, wenn sich diese Defektmenschen durch ihre anfallsweise sich bethätigende sittliche Haltlosigkeit sozial unmöglich gemacht haben. Für diese bietet die Anstalt nicht genug Gelegenheit zur Ausfüllung ihrer Zeit, da ziehe ich Absonderung in ländliche Einsamkeit mit körperlicher Arbeit vor.

Zu einer erweiterten Wirksamkeit sind die preussischen Privatanstalten durch die Circul. Verf. v. 19. I. 88 berechtigt. Sie dürfen, was allerdings in der Konzession besonders ausgesprochen sein muss, sogenannte freiwillige Pensionaire aufnehmen, wenn von einem Arzte bescheinigt wird, dass dieselben eine Krankheit haben, welche (ohne ihnen die Selbstbestimmung zu nehmen) ihre Aufnahme in eine geschlossene Anstalt zweckmässig erscheinen lässt.

In erster Reihe ist diese Massregel für die Morphinisten heilsam, dann bedienen sich ihrer sehr muthlose Neurastheniker. sowie pervers Sexuelle, welche in ein Stadium von so grosser Ueberreizung gerathen sind, dass sie sich keinen Widerstand gegen ihre bösen Lüste zutrauen.

Paralysis agitans nach einem Fall auf die Schulter.

Von

Sanitäts-Rath Dr. L. Becker.

Der Arbeiter Wilhelm D. zu E. erlitt am 17. November 1892 dadurch, dass er mit einer Karre, welche Kalksteine enthielt, auf einer Bohle beim Abladen aus einem Kahn ausglitt und mit dem Kopfe auf die Bohle fiel, während die Kalksteine über ihn rollten, eine Verletzung der rechten Schulter und Hautabschürfungen am Kopfe. Welcher Art die Verletzung der Schulter anfangs gewesen, lässt sich aus den Akten nicht genau bestimmen; es ist auch in einem Gutachten aus einem Krankenhause nur von „Schwellung und Schmerzhaftigkeit“ die Rede. Im Krankenhause schwanden nach Angabe eines dortigen Arztes Schwellung und Schmerzen nach Anwendung einer Massagekur in 5 Tagen und D. wurde am 24. Januar 1893 als arbeitsfähig daraus entlassen. Nach Angabe des Verletzten aber blieben Schmerzen und Schwäche in dem rechten Arm bestehen, und

als er trotzdem im April 1893 einen Versuch machen wollte seine Arbeit wieder aufzunehmen, stellte sich „Zittern des ganzen Armes“ ein. Dr. J., der ihn am 5. Juli 1893 untersuchte, fand Zittern und Schwäche des ganzen rechten Armes; und Prof. Dr. O. in B., in dessen Klinik er alsdann eingehend und genau beobachtet wurde, konnte das typische Bild einer paralysis agitans feststellen. — Es hatte sich also nach Ausheilung der direkten Folgezustände einer starken Verletzung der rechten Schulter (wahrscheinlich einer Distorsion) unter Fortdauer von Schmerzen in dem betroffenen Theil im weiteren Verlaufe nach einem Arbeitsversuch ein Zustand entwickelt, der darin bestand, dass D. die rechte Hand nicht still halten konnte, sondern alsbald mit derselben zu zittern anfing; und zwar nahm dieses Zittern so zu, dass es in ein Schütteln überging und sich bis zur Schulter und der Brustmuskulatur verbreitete und nur unterdrückt werden konnte, wenn D. mit der linken Hand die rechte ergriff und festhielt; es begann aber alsbald wieder, wenn die Hand frei gelassen wurde. Im Bereich der Hirnnerven wurde nichts Krankhaftes wahrgenommen und auch ebensowenig Störungen der Sensibilität; nur die Kniephänomene waren dauernd gesteigert. Eine Abmagerung der rechten Schultermuskulatur war deutlich sichtbar, besonders an den Mm. supra- und infraspinat. — Der Zusammenhang des Leidens mit der Verletzung erschien unzweifelhaft. — Die Einbusse an Erwerbsfähigkeit durch dasselbe wurde auf 75 Prozent der früheren Erwerbsfähigkeit geschätzt. —

Nach einem Jahre hatte sich dies Krankheitsbild nicht wesentlich verändert.

Referate.

Der Herzstoss des gesunden und kranken Menschen.

Von Dr. F. Martius-Rostock.

(Sammlung klin. Vorträge v. Volkmann, No. 113.)

Der Verfasser, rühmlichst bekannt durch seine mehrfachen Abhandlungen über die Herz-Diagnostik, hebt zu Anfang dieses sehr bemerkenswerthen Vortrages hervor, dass die Ausnutzung der Beobachtung sicht- und fühlbarer Herzbewegungen zu praktisch-diagnostischen Zwecken in den Kursen und in den Lehrbüchern zu Unrecht gegenwärtig nur wenig Zeit und Raum in Anspruch nehme. Man begnügt sich meist in der Klinik mit der Feststellung der Lage und Stärke des Herzstosses. Seit Traube sagt man statt Herzstoss ganz allgemein Spitzenstoss. Es sei aber vortheilhaft, den Ausdruck Spitzenstoss nur als die Bezeichnung des am weitesten nach links, unten und aussen gelegenen Antheils der sicht- und fühlbaren Herzbewegung zu gebrauchen; denn in gewissen Fällen von Herzvergrösserung, wo der Herzstoss als ein in grosser Ausdehnung (vom 3. bis 5. Interkostalraum) die Brustwand erschütternder und die aufgelegte Hand hebender Impuls sich bemerklich macht, während sich daneben der Spitzenstoss, der am weitesten nach unten, aussen und links gelegene Antheil der sicht- und fühlbaren Herzbewegung, ausserhalb der Mamillarlinie im 6. Interkostalraum findet, müsse man eben beide unterscheiden. — Verfasser beschäftigt sich nur mit der Untersuchung des Herzstosses in solchen Fällen, wo die wechselnde Stärke des Herzstosses nicht in äusseren Momenten (Verdrängung durch ein perikarditisches Exsudat, Pneumopericardium, Verwachsungen des Herzbeutels, Verschiebungen des Herzens durch ein pleuritisches Exsudat, Pneumothorax u. s. w.) abhängt, sondern als Ausdruck veränderter Herzthätigkeit selbst angesehen werden muss. Man bezeichnet in den Krankengeschichten in solchen Fällen den Herzstoss in aufsteigender Skala als fehlend (unfühlbar) oder als schwach, deutlich, verstärkt, hebend, stark hebend, die Brustwand erschütternd. Man hielte im Allgemeinen einen gewissen mittleren Grad der Kraft des Stosses für die Norm, und sähe die Abminderung des Stosses als ein Zeichen von Schwäche, die Verstärkung desselben als ein Zeichen erhöhter Kraftleistung des Herzmuskels an. Im Gegensatz zu dieser von Geschlecht zu Geschlecht fortgeerbten Anschauung lehrte aber die alltägliche Erfahrung immer wieder, dass erstens bei recht erheblicher, mindestens normaler Herzkraft der Stoss schwach, ja ganz unfühlbar sein kann, und dass umgekehrt Herzen, deren Kraft soweit gesunken ist, dass sie kaum den Kreislauf aufrecht zu erhalten vermögen, einen die Rippen hebenden, die Brustwand stark erschütternden Stoss vollführen können. Gegenüber den bisherigen, unbestimmten Angaben, dass bei gewölbtem Thorax oder muskulösem Habitus der Herzstoss ausnahmsweise fehlen könne, sei neuerdings in einer sehr beachtenswerthen Dorpater Dissertation von H. Guleke festgestellt, dass unter physiologischen Bedingungen die Fühlbarkeit des Herzstosses in der Rückenlage und während der Athempause bis zum 20. Jahre regelmässig vorhanden sei; dann nimmt die Häufigkeit dieser Erscheinung immer mehr ab bis zum 50. Jahre, wo sie bis auf 40 % sinkt, und im hohen Alter findet wieder ein mässiger Anstieg statt. Also gerade in dem kräftigsten Mannesalter macht sich der Herzstoss am wenigsten bemerkbar, und daraus könne man schliessen, dass die Stärke des Stosses keineswegs mit der Energie der Herzarbeit zu- und abnimmt. Die Beobachtung eines pathologischen Falles bestätigte in exquisiter Weise diese Ueberzeugung: Bei einem kräftigen Manne mit paroxysmaler Tachykardie war in der anfallsfreien Zeit von der Herzbewegung an der Thoraxwand so gut wie nichts zu sehen oder zu fühlen; im Anfalle beobachtete man, während der Puls klein und fast unfühlbar wurde, eine abnorm starke Erschütterung der Brustwand durch das dilatirte Herz, die fast momentan in dem Augenblick wieder verschwand, wo der Puls von neuem langsam, voll und kräftig wurde. Das sei ein merkwürdiger Gegensatz zwischen Pulsschwäche und Stärke des Herzstosses, der für die gewöhnliche Auffassung, die in der letzteren ein Mass der Herzarbeit sieht, bei den bisherigen Theorien über das Zustandekommen des Herzstosses völlig unverständlich bleiben muss. Verfasser giebt dann eine kurze Uebersicht der verschiedenen Theorien über das Zustandekommen des Herzstosses und hält sie alle für revisionsbedürftig; denn sie alle erklärten eben die Thatsache nicht, dass unter normalen Verhältnissen der Stoss gerade im besten Mannesalter und bei besonders leistungsfähigen Individuen am häufigsten vermisst wird, und auch nicht die klinische Beobachtung, dass ein auffallend verbreiterter und starker Herzstoss unter bestimmten Bedingungen mit Herzschwäche sich paaren könne, und besonders auch nicht die Beobachtung, dass bei einem und demselben Individuum die Stärke des Stosses sich gerade umgekehrt zur Energie der Herzarbeit verhalten kann. Der Verfasser giebt dann selbst eine neue Theorie des Herzstosses: Er theilt eine volle Herzevolution in die beiden Hauptphasen der Herzthätigkeit, die Systole und Diastole, welche scharf von einander geschieden werden durch den kurzen, klappenden II. Ton; alles, was vor diesem II. Tone liegt, muss zur Systole, alles, was hinter dem II. Tone liegt, zur Diastole ventriculorum gerechnet werden. Die Systole ventriculorum, den Kontraktionszustand, theilt er ein in a. Verschlusszeit, b. Austreibungszeit, c. Verharrungszeit; die Diastole, Erschlaffung, besteht nach dem II. Ton aus einer Pause, aus der darauf folgenden Systole der Atrien und schliesst mit dem Anfang des I. Tones. Wenn man unter Berücksichtigung dieser Eintheilung gleichzeitig das Herz behorcht und den Stoss fühlt, so könne man sich jederzeit mit Leichtig-

keit davon überzeugen, dass der letztere stets vor, niemals hinter den II. Ton fällt, und zwar in die oben bezeichnete Verschlusszeit, während der Radialpuls in die einige Hundertstel einer Sekunde später erfolgende Austreibungszeit fällt. Bei dem Spitzenstoss eines gesunden, jungen Individuums könne man deutlich drei Phasen des Vorganges unterscheiden: 1. ein Vorgewölbtwerden der Brustwand, 2. ein mehr oder weniger brüskes Zurücksinken derselben, 3. eine Ruhepause, während welcher nichts von Bewegung gefühlt wird. Unzählige vom Verfasser angestellte Beobachtungen liessen nun den Schluss zu, dass der eigentliche Stoss (die Verwölbung des Interkostalraumes) mit der Verschlusszeit, das schnellende Zurücksinken mit der Austreibungszeit zusammenfalle. Bei gesunden Individuen im mittleren Lebensalter mit geräumigem Thorax findet sich das Herz derart auf dem Zwerchfell ruhend zwischen den Lungen eingeschaltet, dass überhaupt nichts von der systolischen Umformung auf die Brustwand übertragen wird, und daher stelle die Stosslosigkeit bei einem sonst gesunden Individuum das Normale, oder besser das physiologische Optimum dar. Nach der Theorie des Verfassers seien dann auch leicht jene Fälle von Herzleiden zu erklären, bei welchen der Herzstoss stark sei und der Pulsschlag schwach, jene Fälle, die er so oft in die Poliklinik zur Begutachtung zugeschickt erhalte, weil „objektiv nichts zu finden sei". Starker Stoss, auffälliger Rückstoss und kräftiger Puls — das sind die Zeichen des erweiterten und wandverdickten, aber noch suffizienten Herzens. Ein sehr verbreiteter, hebender Stoss, ohne deutliches Zurückfedern dagegen, verbunden mit auffällig kleinem und schwachem Puls, das sind die Zeichen des vergrösserten (erweiterten), aber bereits insuffizienten Herzens.

Die Ausführungen des Verfassers werden allen Kollegen, welche sich für Lebensversicherungen oder für die Unfall- und Invaliditätsversicherung mit Untersuchung von Herzaffektionen zu beschäftigen haben, ausserordentlich werthvolle Anhaltspunkte bieten. B.

Gebührenwesen.

Die Unsicherheit im Gebührenwesen.

Von

Sanitätsrath Dr. **Kollm**-Berlin.

Das Kgl. Kammergericht zu Berlin hat am 20. Juni 1894 eine für die ärztlichen Sachverständigen in mehrfacher Beziehung interessante und wichtige Entscheidung betreffend den § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 bezüglich der zur sachkundigen Ermittelung nothwendigen Vorbesuche gefällt, die hierdurch den Herren Kollegen zur Kenntnissnahme unterbreitet wird.

Der Sachverhalt ist folgender:

Durch Verfügung des Kgl. Amtsgerichts I zu Berlin wurde ich in Sachen L. wider L. auf den 26. Oktober 1893 als Sachverständiger zu einem Termine vorgeladen, in welchem ich ein Gutachten darüber erstatten sollte, ob der Kläger L. zu Berlin in dem Masse blasenleidend und morphiumsüchtig sei, dass er dadurch völlig arbeits- und erwerbsunfähig geworden, beziehungsweise ob er noch leichte von dem Beklagten L. in L. ihm aufgegebene Arbeiten trotz seines Leidens zu leisten im Stande wäre.

Ich konnte in dem Termine ein Gutachten nicht abgeben, da ich den Kläger L. nicht kannte und derselbe auch in dem Termine nicht anwesend war. Ein schriftliches Gutachten, welches vor Gericht von mir gefordert wurde, hatte ich nicht anfertigen können, weil ein solches in meiner Vorladung von mir nicht verlangt worden war, ich daher auch nicht annehmen konnte, dass es erforderlich sei. Der Termin wurde aufgehoben. Ich ersuchte den Herrn Richter, falls für einen späteren Termin ein schriftliches Gutachten erfordert würde, dies ausdrücklich in der Vorladung zu bemerken. Zugleich bat ich, mir die Adresse des Klägers L. anzugeben, da ich genöthigt sei, behufs Anfertigung des Gutachtens, bei demselben einen Vorbesuch abzustatten. Am 29. November 1893 erhielt ich eine erneute Vorladung von dem Kgl. Amtsgericht zu dem Termin auf den 16. November 1893 mit dem ausdrücklichen Ersuchen, ein schriftliches Gutachten zur Stelle zu bringen und mit der Angabe der Wohnung des zu untersuchenden Klägers L. Bei meinem hierauf erstatteten Vorbesuche erwies sich die angegebene Adresse als falsch, die Wohnung auch polizeilich nicht auffindbar. Auf meine diesbezügliche Meldung an das Kgl. Amtsgericht wurde mir eine andere Adresse mitgetheilt, die sich bei meinem wiederholten Vorbesuche gleichfalls als unrichtig erwies. Ich wurde hierauf nach erstatteter Meldung von dem Termine entbunden und von dem Kgl. Amtsgericht aufgefordert, meine Liquidation zu den Akten einzureichen. Ich that dies unter Liquidirung des Termines vom 26. Oktober 1893 und der beiden vergeblichen Vorbesuche.

Am 27. November 1893 erhielt ich dann von dem Kgl. Amtsgericht zwei neue Adressen des L. zugleich mit der Vorladung zu einem Termine am 16. Dezember 1893 mit dem ausdrücklichen Ersuchen, nunmehr ein schriftliches Gutachten zur Stelle zu bringen. In einer dieser angegebenen Wohnungen ermittelte ich endlich den L. bei meinem erneuten Vorbesuche, und fertigte nach Untersuchung desselben das verlangte schriftliche Gutachten an, das ich in dem betreffenden Termine dem Kgl. Amtsgericht überreichte. Der anwesende Herr Richter erklärte mir auf meine Frage bezüglich der Liquidirung der vergeblichen Vorbesuche ausdrücklich, dass dieselben zweifellos zu liquidiren seien. Ohne Vorbesuche hätte ich kein schriftliches Gutachten abstatten können und für die vergeblichen Vorbesuche treffe mich keine Schuld.

Auf dem Bureau wurde dann meine diesbezügliche Liquidation beanstandet. Durch Verfügung des Kgl. Amtsgerichts vom 28. Dezember 1893 wurden mir hierauf die Gebühren für die drei Vorbesuche mit der Begründung abgesetzt, dass mir dieselben nicht aufgegeben wären, und ich die Untersuchung des L. in meiner Wohnung hätte vornehmen können, in welchem Falle mir nach dem Beschlusse des Reichsgerichts vom 6. Februar 1893 und nach dem Reskript des Herrn Justizministers vom 12. Mai 1893 Gebühren nicht zuständen.

Gegen diesen Bescheid legte ich Beschwerde bei dem Kgl. Landgericht I zu Berlin ein. Ich begründete dieselbe damit, dass 1. Vorbesuche bei der Art des verlangten Gutachtens unbedingt nothwendig wären, weil bei Morphiumsucht nicht nur eine körperliche, sondern auch eine geistige krankhafte Störung vorhanden sei, die eine Beobachtung des Kranken in seiner gewohnten Umgebung erfordern. Ausserdem sei dazu, sowie zur Untersuchung und Feststellung des Blasenleidens eine längere Zeit erforderlich, so dass die kurze Zeit, welche bei einer besetzten Sprechstunde dazu verbliebe, absolut nicht ausreiche. 2. Ich führte ferner aus, dass die Vorbesuche, wie die Vorgänge ergäben, mit voller Uebereinstimmung des Kgl. Amtsgerichts und mit mündlicher Zustimmung der betreffenden Richter erfolgt seien, andernfalls wäre es Sache des Kgl. Amtsgerichts gewesen, den zu Untersuchenden zu mir zu bestellen. Das Kgl. Landgericht I schloss sich in seiner Entscheidung vom 14. März 1894 diesen Gründen an und billigte mir die Gebühren für die drei Vorbesuche zu.

Gegen diesen Beschluss erhob der Herr Oberstaatsanwalt bei dem Kgl. Kammergericht Beschwerde. Dasselbe gab am

20. Juni 1894 seine Entscheidung dahin ab, dass mir nur für den erfolgreichen Vorbesuch die Gebühren zuzubilligen seien, für die beiden vergeblichen Vorbesuche seien nur die verauslagten Fuhrkosten zu erstatten.

Es dürfte von Interesse sein, den Wortlaut dieser beiden für die Herren Sachverständigen praktisch so wichtigen Entscheidungen kennen zu lernen. Ich füge dieselben daher hier bei:

Beschluss.

In Sachen p. p. werden auf die Beschwerde des Sachverständigen, Königlichen Bezirksphysikus [1]) Sanitätsrath Dr. Kollm zu Berlin, gegen den Beschluss des Königlichen Amtsgerichts I Berlin vom 28. Dezember 1893 in Abänderung desselben die Gebühren des Beschwerdeführers auf weitere neun Mark festgesetzt.

Die Kosten des Beschwerdeverfahrens bleiben ausser Ansatz.

Gründe.

Der Beschwerdeführer ist von dem Königlichen Amtsgericht I hierselbst auf den 26. Oktober 1893 vorgeladen worden, um als Sachverständiger ein Gutachten darüber abzugeben, ob der Kläger in dem Masse blasenleidend und morphiumsüchtig sei, dass er dadurch völlig arbeits- und erwerbsunfähig, oder ob er trotz seines Leidens noch im Stande sei, leichte Arbeiten zu verrichten. Im Termine erklärte der Beschwerdeführer, dass er den Kläger nicht kenne und deshalb das erforderte Gutachten nicht erstatten könne, und wurde ihm darauf aufgegeben, zu einem demnächst anzuberaumenden anderweiten Termine ein schriftliches Gutachten mit zur Stelle zu bringen. Am 28. Oktober wurde die erneute Ladung des Beschwerdeführers auf den 16. November angeordnet und darin die Auflage, ein schriftliches Gutachten mitzubringen, wiederholt. Wie der Beschwerdeführer versichert, begab sich derselbe am 6. November nach dem als Wohnung des Klägers in der Ladung angegebenen Hause Koppenstrasse 12, ohne jedoch den Kläger daselbst anzutreffen. Auf seine Anzeige hiervon wurde ihm am 10. November vom Amtsgericht Koppenstrasse 82 als die klägerische Wohnung bezeichnet. Auch dort konnte Beschwerdeführer nach seiner Versicherung den Kläger am 12. November nicht ermitteln. Auf erneute Meldung an das Amtsgericht wurde er vom Erscheinen im Termine am 16. November entbunden und unterm 17. November aufgefordert, seine Liquidation zu den Akten einzureichen. Dies geschah, und zwar liquidirte Beschwerdeführer, abgesehen von der Wahrnehmung des Termins am 26. Oktober je 3 Mark für die beiden Vorbesuche vom 6. und 12. November. Am 27. November wurde Beschwerdeführer von Neuem auf den 16. Dezember geladen und wiederum aufgefordert, ein schriftliches Gutachten mit zur Stelle zu-bringen. Derselbe besuchte nunmehr am 9. Dezember den Kläger in dessen anderweitiger ihm mitgetheilten Wohnung, erstattete ein schriftliches Gutachten und bestätigte dasselbe im Termin am 16. Dezember. In seiner erneuten Liquidation berechnete er u. A. für den Vorbesuch vom 9. Dezember 3 Mark. Durch den angefochtenen Beschluss sind die Gebühren des Beschwerdeführers für Wahrnehmung der beiden Termine auf je 6 Mark, für das schriftliche Gutachten auf 24 Mark und für Fahrgelder auf 40 Pfennig, zusammen auf 36,40 Mark, festgesetzt, dagegen die für die 3 Vorbesuche weiter liquidirten 9 Mark mit der Begründung abgesetzt, dass Vorbesuche nicht verlangt worden seien, die erforderliche Untersuchung in der Wohnung des Sachverständigen hätte erfolgen können und für solche besondere Gebühren nicht zu berechnen seien.

Abgesehen davon, dass die letztere Annahme unzutreffend ist (cfr. Entscheidungen des Reichsgerichts XXXI, Seite 365), gebühren dem Beschwerdeführer im vorliegenden Falle auch die von ihm für die 3 gemachten Vorbesuche liquidirten 9 Mark. Wie der Beschwerdeführer überzeugend versichert, liess sich die für das von ihm erforderte schriftliche Gutachten erforderliche vorgängige Untersuchung des Klägers nicht in der Wohnung des Beschwerdeführers ausführen, sondern musste zweckmässiger Weise aus dem Grunde in der Wohnung des Klägers vorgenommen werden, weil es sich um Konstatirung von Morphiumsucht handelte und wegen des Einflusses dieser Krankheit auf den Geisteszustand des Patienten der Letztere, um seinen Zustand treffend beurtheilen zu können, in seiner gewohnten Umgebung beobachtet werden musste. Waren somit die Vorbesuche an sich erforderlich, so müssen dem Beschwerdeführer auch die dafür festgesetzten Gebühren zugebilligt werden, da ihm die Vorbesuche vom Amtsgericht wenn auch nicht ausdrücklich aufgetragen, so doch auch andererseits nicht untersagt waren. Auch für die beiden vergeblichen Besuche vom 6. und 12. November sind die Gebühren zuzubilligen, da den Beschwerdeführer an der Nichtausführbarkeit der Untersuchung kein Verschulden trifft.

Unter Berücksichtigung des § 45 Gerichtskosten-Gesetz war demnach, wie geschehen, zu beschliessen.

Berlin, den 4. März 1894.

Königliches Landgericht I, Civilkammer 8.

Königliches Kammergericht.

Beschluss.

In der Prozesssache etc. hat das Königliche Kammergericht, XII. Civilsenat, in der Sitzung vom 16. Juni 1894 auf die von dem Herrn Ober-Staatsanwalt gegen den Beschluss des Königlichen Landgerichts I. zu Berlin, Civilkammer 8 vom 14. März 1894 eingelegte Beschwerde beschlossen:

> Der angefochtene Beschluss wird insoweit aufgehoben, als dem Bezirksphysikus, Sanitätsrath Dr. Kollm zu Berlin auch für die beiden „Vorbesuche“ vom 6. und 12. November 1893 je 3 Mark Gebühren zugebilligt worden sind; es sind ihm vielmehr nur die etwa verauslagten Fuhrkosten zu erstatten. Die hiernach erforderliche Anordnung wird dem Landgericht I., Civilkammer 8 zu Berlin übertragen.
>
> Die Kosten des Beschwerdeverfahrens bleiben ausser Ansatz.

Gründe.

Der § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872, betreffend die dem Medizinalbeamten etc. zu gewährenden Vergütungen bestimmt:

> Sind zu der verlangten sachkundigen Ermittelung besondere Vorbesuche nöthig, so ist, falls nicht die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen, für jeden Vorbesuch eine Gebühr von 1 Rthlr. zu bewilligen .....

Auf Grund dieser Vorschrift sind dem Dr. Kollm in dem angefochtenen Beschluss für zwei nach seiner Angabe gemachte Vorbesuche vom 6. und 12. November 1893 je 3 Mark zugebilligt worden, obwohl der Liquidant selbst angiebt, dass er in beiden Fällen die zu untersuchende Person, den Arbeiter G. L., in der ihm gerichtsseitig bezeichneten Wohnung nicht angetroffen und mithin eine Untersuchung nicht habe vornehmen können. Die gegen diese Festsetzung erhobene Beschwerde erscheint begründet.

Das gedachte Gesetz unterscheidet hinsichtlich der den Medizinalpersonen für die Besorgung gerichtsärztlicher etc. Geschäfte zu gewährenden Vergütung, Fuhrkosten, Tagegelder und Reisekosten und Gebühren. Während die Fuhr- ev. Reisekosten mit den Tagegeldern die Entschädigung für Benutzung von Transportmitteln und für den Aufwand der Reise darstellen, sollen die Gebühren regelmässig die tarifmässige Leistung des Arztes, die nach Massgabe des Auftrages entwickelte fachmännische Thätigkeit desselben abgelten (vergl. §§ 1, 2, 3, 5 des Gesetzes). Namentlich aus § 5 (Art. 1 der Verordnung vom 17. September 1876) geht die Richtigkeit dieser Auffassung hervor; dort wird bestimmt, dass, wenn der Medizinalbeamte in den Fällen des § 3 die dort festgesetzten Gebühren beanspruche, er für den Tag, an welchem das Geschäft selbst vorgenommen werde, keine Tagegelder erhalte. Gebühren und Tagegelder werden einander gegenüber gestellt: bei Geschäften in einer Entfernung von mehr als 2 Kilometer vom Wohnort des Beamten erhält derselbe entweder die Gebühren des § 3 oder die Tagegelder des § 2, nicht beides. Die Gebühr setzt also eine durch sie abzugeltende ärztliche Thätigkeit voraus (vergl. § 3 No. 2—7). Nur bei der Terminsgebühr (§ 3 No. 1) verhält es sich anders; sie wird gewährt „für Abwartung eines Termins“, mithin auch dann, wenn es in dem Termin zu einer eigentlichen Begutachtung nicht kommen sollte, und sie bildet in diesem Falle eine Entschädigung für die dem Arzte erwachsene Zeitversäumniss. Diesen Gesichtspunkt ohne Weiteres auch auf die Vorbesuche, die wegen Unauffindbarkeit des Exploraten zu einem Ergebniss nicht geführt haben, zu übertragen, ist beim Mangel eines Anhaltes im Gesetze selbst nicht angängig, um so weniger, als die Terminsgebühr für den Aufenthalt des Arztes

[1]) Bekanntlich sind die Gebühren für beamtete und nichtbeamtete Aerzte ganz dieselben.

am Terminsorte gewährt wird, bei den gedachten Vorbesuchen aber ein Aufenthalt am Orte des Besuchs nicht länger stattfindet, als nöthig ist, um die Abwesenheit der betreffenden Person festzustellen. Die Terminsgebühr deckt nicht die für den Weg verauslagten Fuhrkosten. Diese sind besonders zu vergüten (Simeon, Kostengesetze, 2. Aufl., II. Theil, Seite 37, Anm. 3), daher wird die auf den Weg verwandte Zeit gar nicht vergütet, wenn nicht ein Anspruch auf Reise- oder Fuhrkosten besteht, woraus sich auch wieder ergiebt, dass die Gebühr für Vorbesuche nicht die durch den Weg veranlasste Versäumniss betrifft, sondern da im Falle der Abwesenheit des zu Besuchenden eine weitere Versäumniss nicht stattfindet — die Besichtigung oder körperliche Untersuchung, also die ärztliche Leistung selbst, vergl. auch Verfügung des Justiz-Ministers vom 14. August 1876 Ministerial-Blatt für die innere Verwaltung Seite 190 und bei Simeon a. a. O. Seite 39, Anm. 10). Der Dr. Kollm kann sonach nur die etwa verauslagten Fuhrkosten aus der Staatskasse beanspruchen. Da in dieser Beziehung noch Ermittelungen erforderlich sein werden, so war nach § 538 Civil-Prozess-Ordnung, wie geschehen, zu entscheiden. Die Kosten des Verfahrens bleiben nach § 6 des Gerichts-Kosten-Gesetzes ausser Ansatz.

Ausgefertigt: Berlin, den 20. Juni 1894.

Für das Verhalten der Herren Sachverständigen in ähnlichen Lagen ergiebt sich daraus für die Zukunft Folgendes:

Zunächst ist im Gegensatz zu dem Kgl. Amtsgericht von keinem der Obergerichte die Berechtigung zu den Vorbesuchen und die Nothwendigkeit derselben in Frage gestellt worden. Handelt es sich um Untersuchung einer krankhaften Störung eines Geisteszustandes, so ist der Sachverständige wohl berechtigt, den Kranken in dessen eigener Behausung zu untersuchen. Er kann somit die Vorführung eines solchen Kranken in seine Wohnung, namentlich während seiner Sprechstunden, wie es vielfach von Seiten der Gerichte zur Ersparung der Kosten geschieht, zurückweisen, auch wenn es sich nicht um einen gemeingefährlichen Geisteskranken handelt. In demselben Sinne sind von den Obergerichten bereits mehrfach Entscheidungen getroffen worden. Die Nothwendigkeit solcher Vorbesuche, wenn es sich namentlich um Untersuchung von dem Sachverständigen völlig unbekannten Personen handelt, ergiebt sich von selbst. Es bedarf dazu auch nicht einmal einer ausdrücklichen Aufforderung des Gerichts. Um aber alle Weiterungen bei der Gebührenanweisung auszuschliessen, dürfte es sich empfehlen, dass der Sachverständige eine direkte schriftliche Aufforderung zu einem solchen Besuche von dem Gerichte verlangt, wenn er ihn für erforderlich erachtet.

Was nun die Frage der vergeblich ausgeführten Vorbesuche anbelangt, so hat die Entscheidung des Kgl. Landgerichts sich der bisher allgemein üblichen Auffassung der Gerichte angeschlossen, nach der Gebühren für Vorbesuche, die ohne Verschulden des Sachverständigen vergeblich gemacht sind, gewährt werden. Wenn im Gegensatz zu dieser Auffassung das Kgl. Kammergericht in seiner Entscheidung für solche Besuche nur die etwa verauslagten Fuhrkosten, wenn nicht etwa Reisekosten und Diäten zu liquidiren sind, zubilligt, so wird dadurch bei Reisen über Land dem Sachverständigen kein Nachtheil erwachsen. Eine entschiedene Beeinträchtigung derselben ergiebt sich aber bei vergeblichen Besuchen am Orte, da zweifellos entgegen der Anschauung des Kgl. Kammergerichts eine mitunter recht erhebliche Zeitversäumniss, wie in meinem Falle, stattfindet.

Unter diesen Umständen dürfte es geboten erscheinen, zur Vermeidung von vergeblichen Vorbesuchen den zu Untersuchenden durch das Gericht anweisen zu lassen, sich zu einer vorher bestimmten Zeit zu Hause aufzuhalten. Jedenfalls werden den Gerichten sowohl, als auch den Sachverständigen dadurch Belästigungen und Mehrarbeiten erwachsen.

Gesetzliche Bestimmungen.

Neuere Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie über deren Entmündigung und Bevormundung.

(Mitgetheilt vom Medizinal-Rath Dr. Rapmund-Minden.)

In **Preussen** ist durch Runderlass der Minister der u. s. w. Medizinal-Angelegenheiten und des Innern vom 30. November 1894 bestimmt, dass fortan bei den vorgeschriebenen Anzeigen über die Aufnahme geisteskranker Niederländer in preussische Irrenanstalten die Vorstände der öffentlichen wie der privaten Irrenanstalten künftighin auch der Ort, an dem der Aufgenommene seinen Wohnsitz in den Niederlanden hat oder innerhalb der letzten sechs Monate gehabt hat, sowie der Name derjenigen Person mitzutheilen ist, welche die Aufnahme beantragt hat.

In **Württemberg** haben die bisherigen Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in staatliche und private Irrenanstalten durch die Verfügungen vom 5. und 7. November 1894 folgende Abänderungen erfahren:

A. Betreffs der Aufnahme von Geisteskranken in Staatsirrenanstalten.
(Verfügung vom 5. November 1894.)

Zur Aufnahme eines Geisteskranken ist bei der Direktion der betreffenden Anstalt ein schriftliches Gesuch einzureichen, in dem die für den Kranken gewünschte Verpflegungsklasse anzugeben ist, und dem folgende Belege beigefügt werden müssen:

1. Ein Geburts- oder Taufschein des Kranken.
2. Ein Zeugniss des Gemeinderaths des bisherigen Wohnortes des Kranken über den Stand, die Familien- und Vermögens-Verhältnisse des Aufzunehmenden, sowie über die Thatsache des gestörten Geisteszustandes desselben. In letzterer Beziehung ist das Zeugniss namentlich auf Vernehmung anderer als der unter No. 3 bezeichneten, mit dem Zustand des Kranken vertrauten Personen zu gründen.
3. Die auf persönlicher Untersuchung beruhende Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung, ihrer Art und bisherigen Dauer durch einen approbirten deutschen Arzt und zwar, wenn der Kranke in ärztlicher Behandlung gestanden hat, durch denjenigen Arzt, der diese Behandlung geleitet hat. Zeugnisse von Aerzten, die nicht im öffentlichen Dienste stehen und die dem Anstaltsdirektor unbekannt sind, müssen durch einen im amtlichen Dienste befindlichen Arzt bestätigt werden.
4. Die Zustimmungserklärung der nächsten Angehörigen des Kranken (Ehegatten, volljährige De- und Ascendenten oder volljährige Geschwister) sowie, wenn ein solcher aufgestellt ist, seines Vormundes.
5. Eine beglaubigte Verpflichtungsurkunde über die Uebernahme des Verpflegungsgeldes.

Gegen den Willen der nächsten Angehörigen des Kranken kann ein Kranker durch Verfügung der Regierung des Kreises, in dem er seinen Wohnsitz oder seinen Aufenthalt hat, in eine Staatsirrenanstalt untergebracht werden, wenn er

1. für sich oder andere Personen oder für die öffentliche Sittlichkeit anstössig ist, oder
2. in einem Zustand der Pflegebedürftigkeit sich befindet, der zur Folge hat, dass er ausserhalb einer Irrenanstalt verwahrlost oder gefährdet wird.

Hinsichtlich des Zutreffens der einen dieser beiden Voraussetzungen muss ein eingehendes, auf hinreichende persönliche Beobachtung gestütztes Gutachten des Oberamtsarztes

vorliegen; ausserdem sind die vorher unter 1—3 genannten Zeugnisse beizubringen. Das vom Gemeinderath abzugebende Zeugniss hat sich auf die Frage der Gefährlichkeit oder Pflegebedürftigkeit und die eine derartige Annahme stützenden Thatsachen zu erstrecken, desgleichen hat die Kreisregierung allen etwa sonst noch angezeigten Beweis nach dieser Richtung hin zu erheben und vor der Entscheidung den widersprechenden Angehörigen des Kranken Gelegenheit zu einer Aeusserung unter Mittheilung der erhobenen Beweise zu geben. Auch kann die Kreisregierung den Kranken, falls nicht sein Zustand entgegensteht, persönlich vernehmen und hierzu den zuständigen Oberamtsarzt beiziehen. Die Entscheidung der Kreisregierung erfolgt hierauf im Wege der kollegialischen Berathung und Beschlussfassung; dieselbe ist jedoch stets nur als vorläufige anzusehen und nach einem nicht über sechs Wochen zu bemessenden Aufenthalt des Kranken in der Anstalt ein Gutachten der Anstaltsdirektion über den Zustand des Kranken einzuziehen, auf Grund dessen dann die endgiltige Entscheidung ergeht.

In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn die Angehörigen eines mit ihrer Zustimmung aufgenommenen Geisteskranken während dessen Aufenthaltes in der Anstalt diese Zustimmung zurückziehen und die Entlassung des Kranken verlangen; an Stelle des Gutachtens des Oberamtsarztes tritt dann nur dasjenige des Anstaltsdirektors. Der letztere ist ferner verpflichtet, über den Zustand eines solchen wider Willen der Angehörigen in einer Staatsirrenanstalt untergebrachten Geisteskranken der Kreisregierung fortlaufend in Zwischenräumen von je einem Jahr mit Rücksicht auf die Fortdauer seiner Gefährlichkeit oder Pflegebedürftigkeit zu berichten oder schon früher, sobald eine derartige Aenderung in dem Zustande des Kranken eintreten sollte, dass seine Entlassung oder Beurlaubung zulässig erscheint.

B. Betreffs der Aufnahme von Geisteskranken in Privatirrenanstalten.
(Verfügung vom 7. November 1894).

Von jeder Aufnahme eines Kranken hat der konzessionirte Inhaber einer Privatirrenanstalt unter Vorlegung der erforderlichen Nachweise (s. später) dem Oberamtsarzte innerhalb der ersten acht Tage Anzeige zu erstatten, desgleichen in derselben Frist der Bezirkspolizeibehörde des Wohnsitzes oder des letzten Aufenthaltsortes des Kranken unter Bezeichnung des bei der Aufnahme vorgelegten amtlichen Zeugnisses Mittheilung zu machen.

Zur Aufnahme sind folgende Nachweise erforderlich:

1. Ein Geburts- oder Taufschein des Kranken.
2. Ein Zeugniss des Gemeinderaths, bei Nichtwürttembergern der Ortspolizeibehörde des bisherigen Wohnortes des Kranken über den Stand und die Familienverhältnisse des Aufzunehmenden und über die Thatsache seines gestörten Geisteszustandes. In durchaus unbedenklichen Fällen kann durch das Medizinalkollegium die Beibringung dieses Zeugnisses nachgelassen werden.
3. Die auf persönlicher Untersuchung beruhende Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung, ihrer Art und bisherigen Dauer durch einen approbirten deutschen Arzt, und zwar, wenn der Kranke in ärztlicher Behandlung gestanden hat, durch denjenigen Arzt, welcher die Behandlung geleitet hat. Zeugnisse von Aerzten, die nicht in öffentlichem Dienste stehen und die dem Inhaber oder Leiter der Anstalt unbekannt sind, müssen von dem zuständigen Oberamtsarzt (Kreisphysikus etc.) bestätigt sein.

   Wird ein der erforderlichen Bestätigung entbehrendes Zeugniss eines deutschen Arztes vorgelegt, oder wird für einen bisher in einer ausserdeutschen Irrenanstalt untergebrachten Kranken ein Zeugniss des ärztlichen Vorstandes dieser Anstalt beigebracht, so kann die Aufnahme nur dann stattfinden, wenn die Thatsache der Geistesstörung aus dem Verhalten der aufzunehmenden Person unzweifelhaft hervorgeht, und die Aufnahme unter sonst unverdächtigen Umständen nachgesucht wird. In Fällen dieser Art hat sich jedoch der Oberamtsarzt, welcher in der ihm nach § 1 zu erstattenden Anzeige hierauf besonders aufmerksam zu machen ist, innerhalb acht Tagen nach der Anzeige durch persönliche, nöthigenfalls zu wiederholende Untersuchung des Kranken von dem Vorhandensein einer Geisteskrankheit bei demselben Ueberzeugung zu verschaffen. Im Uebrigen bleibt es dem Oberamtsarzte anheimgestellt, neu aufgenommene Kranke nach erhaltener Anzeige vor ihrem Eintritt in die Anstalt persönlich zu untersuchen, wenn ihm deren Aufnahme nicht anstandslos zu sein scheint.
4. Die Zustimmungserklärung der nächsten Angehörigen des Kranken, sowie, wenn ein solcher aufgestellt ist, seines Vormundes. Als nächste Angehörige sind zu betrachten: Ehegatten, volljährige Descendenten, Ascendenten, volljährige Geschwister; Geschwister jedoch nur dann, wenn weder volljährige Descendenten, noch Ascendenten vorhanden sind. Sind solche Angehörige nicht vorhanden, so muss, falls nicht die Aufnahme auf Antrag einer Ortsarmenbehörde erfolgt, eine Urkunde über die Einwilligung der Vormundschaftsbehörde beigebracht werden.
5. Ein Nachweis über die Heimat und den Unterstützungswohnsitz des Kranken.

In dringenden Fällen kann die vorläufige Aufnahme in eine Privatirrenanstalt stattfinden, auch wenn nicht sämmtliche in Ziff. 1—5 vorgeschriebene Nachweise erbracht werden.

Doch muss jedenfalls

1. Die Geisteskrankheit des Aufzunehmenden durch ein ärztliches Zeugniss belegt und
2. die Zustimmung des nächsten Angehörigen und, soweit ein solcher vorhanden, des Vormunds beigebracht sein.

Die noch fehlenden Nachweise müssen alsdann spätestens binnen drei Wochen nachgebracht und dem Oberamtsarzt vorgelegt werden.

Im **Königreich Sachsen** ist durch Verordnung des Königlichen Ministeriums der Justiz vom 28. September 1894 über die Entmündigung und Vormundschaft Geisteskranker Folgendes bestimmt:

§ 1. Als geisteskrank sind nach §§ 81 und 81**a** des Bürgerlichen Gesetzbuchs nur Diejenigen anzusehen, die in Folge von Geistesgebrechen des Vernunftsgebrauchs beraubt sind. Wenn sie entmündigt sind, müssen sie nach Abschnitt II § 1 des Gesetzes vom 20. Februar 1882 G.-V.-Bl. S. 60, unter Vormundschaft gestellt werden. Sind sie aber noch nicht entmündigt, so kann nach § 2 a. a. O. unter den dort näher angegebenen Voraussetzungen eine vorläufige Vormundschaft über sie angeordnet werden. Solchenfalls ist also die Einleitung der Vormundschaft nicht unbedingt vorgeschrieben, sondern dem pflichtmässigen Ermessen des Vormundschaftsgerichts anheimgegeben. Demgemäss ist in jedem einzelnen Falle, ob die Einleitung der Vormundschaft räthlich sei, besonders zu prüfen und dann dazu zu schreiten, wenn nach den Umständen des Falles das Bedürfniss vormundschaftlicher Fürsorge besteht. Dies wird beispielsweise zu verneinen sein, wenn der Geisteskranke kein Vermögen besitzt, wenn das Vermögen einer geisteskranken Ehefrau dem Niessbrauchs-

und Verwaltungsrechte des Ehemanns untersteht und Geschäfte, bei denen die eigene Mitwirkung der Ehefrau erforderlich würde, zunächst nicht abzuschliessen sind, oder wenn sonst nach den obwaltenden Umständen die Gefahr einer Verschleppung oder anderweiten Schädigung des Vermögens des Geisteskranken, sei es in Folge seines eigenen Thuns, sei es in Folge von Handlungen Dritter, als ausgeschlossen zu betrachten und wenn zugleich in allen diesen Fällen für das persönliche Wohl des Geisteskranken, sowie für seine Ueberwachung ausreichend gesorgt ist.

Liegen derartige Umstände vor, so hat sich mit der Feststellung, dass dies der Fall sei, das Vormundschaftsgericht zunächst und bis zur etwaigen Aenderung der fortgesetzt im Auge zu behaltenden Verhältnisse zu begnügen. Es erspart dadurch dem Geisteskranken die Aufregung, die mit dem behördlichen Eingreifen und den dieses begleitenden Massnahmen untrennbar verbunden ist und vielleicht zur Verschlimmerung der Krankheit oder doch zur Verzögerung der Heilung führt.

Ist dagegen das Bedürfniss vormundschaftlicher Fürsorge vorhanden, so darf sich das Vormundschaftsgericht durch die Rücksicht auf die Möglichkeit solcher Folgen vom alsbaldigen Einschreiten nicht abhalten lassen. Insbesondere ist alsbaldiges Einschreiten geboten, sofern die Gefahr besteht, dass Angehörige die Erkrankung und die dadurch herbeigeführte Verhinderung des Geisteskranken an der eigenen Ueberwachung und Besorgung seiner Angelegenheiten dazu benutzen könnten, sein Vermögen zu verschleudern oder zu eigennützigen Zwecken zu verwenden, oder dass der Geisteskranke thatsächlich Rechtsgeschäfte vermögensrechtlichen Inhalts mit dritten Personen abschliesse.

Dass das Vormundschaftsgericht in jedem Falle mit möglichster Schonung des Geisteskranken zu verfahren hat, versteht sich von selbst.

§ 2. Das in § 1 Bemerkte gilt auch dann, wenn der Geisteskranke in einer Landes- oder in einer Privat-Irrenanstalt untergebracht wird. Diese Unterbringung für sich allein ist jedoch als ein Grund, der die Einleitung der Vormundschaft geboten erscheinen liesse, nicht anzusehen.

Insbesondere ist die frühere Vorschrift, wonach zu jeder Unterbringung eines Geisteskranken in einer Landes-Irrenanstalt vormundschaftliche Zustimmung erforderlich war, in der Beilage A zur Verordnung vom 31. Juli 1893 nicht wiederholt und im Zusammenhange hiermit auch die in der Verordnung vom 27. Juni 1878, G.-V.-Bl. S. 115, getroffene Bestimmung aufgehoben worden, nach der, wenn auf die Einlieferung eines Geisteskranken in eine Landes-Irrenanstalt angetragen wurde, schon von diesem Antrage in jedem Falle dem Gerichte Anzeige zu erstatten war.

§ 3. Dagegen ist, so viel die in der Verordnung vom 31. Juli 1893 bezeichneten Landes-Irrenanstalten betrifft, vormundschaftliche Zustimmung dann erforderlich, wenn ein Geisteskranker zu längerer Verpflegung aufgenommen oder beibehalten werden soll. Die Entschliessung darüber, ob längere Verpflegung einzutreten habe, ist den Direktionen der Landes-Irrenanstalten zugewiesen worden.

Hiernach haben die Vormundschaftsgerichte, wenn eine solche Entschliessung der Direktion einer Landes-Irrenanstalt mit dem Ersuchen um Einholung vormundschaftlicher Zustimmung an sie gelangt, ohne Weiteres anzunehmen, dass das Bedürfniss vormundschaftlicher Fürsorge vorliege. Sie haben daher, wenn der Entschliessung der Anstaltsdirektion ein gerichtsärztliches Gutachten, insbesondere ein vom Bezirks- und Gerichtsarzte der Anstalt ausgestelltes Zeugniss über den Geisteszustand des Kranken nicht schon beigefügt ist, zunächst ein solches herbeizuziehen (vergl. auch § 7). Wird durch das Gutachten das Bestehen eines den Vernunftgebrauch ausschliessenden Geistesgebrechen bestätigt, so ist dem Geisteskranken ein vorläufiger Zustandsvormund zu bestellen, dieser über die Unterbringung des Geisteskranken in der Landes-Irrenanstalt zu hören und vom Erfolge unter obervormundschaftlicher Auslassung der Direktion der Anstalt oder, wenn sich diese nicht unmittelbar an das Gericht gewendet hatte, derjenigen Stelle, von der die Entschliessung der Anstaltsdirektion dem Gerichte übermittelt worden ist, Nachricht zu geben.

Steht der Geisteskranke, auf den sich die Entschliessung der Anstaltsdirektion bezieht, bereits unter Vormundschaft, so ist dem Vorstehenden entsprechend unter Verhandlung mit dem schon bestellten Vormunde zu verfahren.

§ 4. In den Privat-Irrenanstalten werden vielfach auch solche Personen aufgenommen, die darin, ohne wirklich geisteskrank zu sein, wegen eines weniger schweren Nerven- oder ähnlichen Leidens aus eigenem Antriebe oder auf Veranlassung von Angehörigen Beobachtung oder Heilung suchen. Mit derartigen Fällen haben sich die Vormundschaftsgerichte nicht zu befassen.

Liegt aber wirkliche Geisteskrankheit vor und wird, falls sich der Kranke schon in einer Privat-Irrenanstalt befindet, von deren Leiter die in Punkt 4 der Verordnung vom 30. Mai 1894 vorgeschriebene Anzeige erstattet, oder erhält das Vormundschaftsgericht auf anderem Wege von der schon erfolgten oder wenigstens beabsichtigten Unterbringung in eine Privat-Irrenanstalt Kenntniss, so ist nach den in §§ 1 und 2 dargelegten Grundsätzen darüber zu entscheiden, ob eine Vormundschaft anzuordnen sei.

Dagegen ist nach Punkt 3 der Verordnung vom 30. Mai 1894 vormundschaftliche Zustimmung für den Fall erforderlich, dass sich der Aufenthalt eines wirklich Geisteskranken in einer sächsischen Privat-Irrenanstalt auf einen längeren Zeitraum als vier Wochen entweder nach einer im Voraus getroffenen Bestimmung erstrecken soll oder thatsächlich erstreckt. In solchen Fällen ist entsprechend dem in § 3 Bestimmten zu verfahren. Nach einer an das Justizministerium gelangten Mittheilung behält sich jedoch das Ministerium des Innern vor, auf Ansuchen der Betheiligten, insbesondere der Angehörigen des Geisteskranken in einzelnen dazu geeigneten Fällen ausnahmsweise zu genehmigen, dass dieser auch ohne Beibringung vormundschaftlicher Zustimmung noch einen längeren Zeitraum als vier Wochen in der Privat-Irrenanstalt verbleibe. Wird ein derartiges Gesuch bei dem Vormundschaftsgericht angebracht und ist dieses der Meinung, dass auch die sonstige Lage der Sache alsbaldige Einleitung einer Vormundschaft nicht erfordere, so hat es durch berichtliche Anzeige, der die einschlagenden Akten beizufügen sind, die Entschliessung des Ministeriums des Innern einzuholen. Sofern dem Gesuche stattgegeben wird, ist von der Bestellung eines Vormundes bis auf Weiteres abzusehen.

§ 7. Wenn ein Vormundschaftsgericht eines gerichtsärztlichen Gutachtens über den Geisteszustand einer in einer Landes-Irrenanstalt oder in einer anderen Landesanstalt befindlichen Person bedarf, so hat es dieses Gutachten, gleichviel, ob es sich um die Einleitung der Vormundschaft über den Anstaltsinsassen oder um eine sonstige vormundschaftsgerichtliche Entschliessung handelt, von dem für die Landesanstalt bestellten Bezirks- und Gerichtsarzte herbeizuziehen.

§ 8. Die auf die Unterbringung von Geisteskranken in eine Landes- oder in eine Privat-Irrenanstalt bezüglichen Geschäfte sind zu beschleunigen.

Gerichts-Verhandlungen.

Prozess Czynski.

Die angekündigte Broschüre*) über diesen Aufsehen erregenden Rechtsfall liegt nun vor und fasst, wie schon erwähnt, die Gutachten der Herren Grashey, Hirt, v. Schrenck-Notzing und Preyer zusammen. Voraus geht der Thatbestand, von Dr. v. Schrenck-Notzing bearbeitet, allerdings nur mit Benutzung der Berichte der Augsburger Abendzeitung und der Münchener Neuesten Nachrichten. Ueber den sehr wesentlichen Theil der Verhandlung, der unter Ausschluss der Oeffentlichkeit vor sich ging, erfahren wir, wie zu befürchten war, auch in dieser Darstellung nichts; müssen uns also damit begnügen, die Gutachten mit einander zu vergleichen.

Prof. Grashey beantwortet die Schuldfrage mit Ja, ebenso Dr. v. Schrenck, dessen Urtheil sich mit kleinen Abweichungen genau an das Grashey's anlehnt, nur dass sein Ja vielleicht noch energischer ausgedrückt ist. Prof. Hirt kommt zu einem negativen Schluss und Prof. Preyer will sich nicht darüber entscheiden, ob eine Willenlosigkeit im Sinne des § 176, 2 gegeben sei, hält aber dafür, dass Frl. v. Z. vom Angeklagten geschlechtlich widerstandsunfähig und willenlos gemacht war, als sie sich ihm hingab.

Der Angeklagte, Ceslav Lubicz Czynski, wird von sämmtlichen Herren für einen geschickten Schwindler erklärt, der richtige „Aventurier, fast eine Art moderner Cagliostro", nur v. Schrenck hat sich im Laufe der Verhandlungen die Ueberzeugung aufgedrängt, dass er ein „Hysteriker" sei. Daraus erkläre sich sein eminentes Talent, in den unwahrsten Situationen (Scheintrauung) wahr zu scheinen und Glauben zu finden, auch an das zu glauben, was er sich selbst einredet, z. B. an sein gutes Recht zur Führung des Doktortitels. Als hysterischen Phantasielügner und Simulanten lassen ihn ferner „der theatralische Selbstmordversuch im Gefängniss und die im Irrenhause versuchte Durchführung der Rolle des zweiten Ich" erscheinen. Alles dies, zusammen mit der Lebhaftigkeit seiner Ausdrucksbewegungen erkläre, den grossen Einfluss dieses „kriminal-psychologischen Tartarin von Tarascon" auf die Frauen.

Baronin v. Z. wird übereinstimmend als eine willensschwache Dame geschildert, „von nicht allzu weitem Gesichtskreis" (Hirt), „minderwerthig in Bezug auf Willenskraft und Urtheilsvermögen, im höchsten Grade abergläubisch" (Preyer). Nebenbei ist sie überzeugte Spiritistin und sehr religiös.

Nach Grashey und v. Schrenck war nun die bei der Baronin entstandene Liebe zu Cz. keine echte, sondern eine pathologische, die nur durch Suggestion in der Hypnose herbeigeführt sein könne. Grashey belegt seine Ansicht mit dem weiteren Verlauf dieser Liebe. Die normale Liebe, sagt er, erlischt mit der Ueberzeugung, getäuscht und betrogen worden zu sein, die abnorme Liebe aber weicht solchen Erfahrungen nicht. Weil nun die Baronin auch noch nach der Verhaftung Czynskis erklärte, ihre Gefühle für ihn seien unerschütterlich, obgleich sie seine Täuschungen erfahren hatte, nennt er diese Gefühle unbegreiflich und meint, die nach Monaten zum Vorschein gekommene Abneigung gegen Cz. hätte damals eintreten sollen. Dem möchten wir entgegenhalten, dass es bis heute noch Niemand geglückt ist, zu erklären, worin die Liebe eigentlich bestehe und wenn sie v. Schrenck „nichts als die seelische Entäusserung des Geschlechtstriebes" nennt, so ist das eine hübsche wissenschaftliche Umschreibung, erklärt aber gar nichts in Bezug auf einen einzelnen Fall, d. h. warum sich der Trieb gerade der oder jener Person gegenüber so äussert.

Man sehe sich doch in der Literatur oder, noch besser, im Leben um: wie zahlreich sind die Fälle, wo jeder sogenannte vernünftige Mensch sagen wird: diese Liebe ist unbegreiflich. Man frage den ersten besten Verliebten, warum er gerade diese besondere Person liebe: er wird schnell bei der Hand sein mit allen möglichen Gründen und schliesslich, wenn er in die Enge getrieben wird, doch sagen müssen: das Alles hilft mit, aber es ist doch noch etwas Anderes, ich liebe eben. Ist es nicht eine bekannte Thatsache, dass man Jemand „mit all seinen Fehlern" liebt, d. h. die Fehler nicht sieht, nicht sehen will oder nicht als solche anerkennt? Baronin von Z. empfand Abneigung gegen Cz., nachdem sie seinem Einfluss einige Monate lang entzogen war; das beweist nur, dass ihre Neigung nicht sehr tief ging, denn es giebt Fälle genug, wo die Liebe auch die schwersten Enttäuschungen überdauert, manchmal ein ganzes Leben hindurch, ohne dass von einem unnatürlichen Entstehen dieser Liebe die Rede gewesen wäre. Aus all Diesem geht hervor, dass es sehr schwer sein dürfte, festzustellen, was eine normale und was eine abnorme Liebe zu nennen ist. Auch die diesbezügliche Aeusserung v. Schrencks, er habe bei der Baronin mehr den Eindruck einer Wahnvorstellung als den normaler Liebe bekommen, scheint uns sehr anfechtbar, denn bei jeder Liebe wirkt nothwendiger Weise eine gehörige Dosis Autosuggestion mit; wie weit sich dieselbe steigert, hängt von dem jeweiligen Charakter ab. Man braucht der Hypnose gegenüber gar nicht auf dem schroff ablehnenden Standpunkt des Prof. Fuchs zu stehen, um doch im Falle Z. eine ganz natürliche Entstehung der fatalen Neigung anzunehmen. Prof. Hirt verficht diese Ansicht klar und sachlich. Er weist auf Czynskis raffinirtes und systematisches Vorgehen hin, auf die Sicherheit, fast könnte man sagen Intuition, mit der er den Punkt bei der Baronin herausfand, wo er anzugreifen hatte, nämlich ihre Religiosität (selbst Dr. v. Schrenck, der ihn an anderer Stelle doch mit Tartarin vergleicht, nennt ihn einen „praktischen Psychologen"). Er zeigt, wie Frl. v. Z., deren Phantasie durch spiritistische und andere mystische Dinge schon genügend erregt ist, um so eher den Betheuerungen Czynskis Glauben schenkte, als sie damit ein gutes Werk zu thun dachte, indem sie seine sündige Seele retten wollte. Er zeigt ferner, wie die bis dahin schlummernde Sinnlichkeit der Baronin auf ganz natürliche Weise geweckt wurde durch Berührungen, beständiges Nahebleiben, Küsse (Preyer spricht hierbei sogar von einer Abart des Küssens, die er unerörtert lassen will). Alles dies ist natürlich Suggestion, schliesst Prof. Hirt, aber Hypnose ist nicht nöthig, um sie wirksam zu machen. Ein Weib, das auf diese Weise verliebt gemacht wurde, „ergreift von selbst die Initiative, sie bestimmt Zeit und Ort des Rendez-vous, wo sie les délices de la nuit (eigene Worte der Baronin!) zu geniessen wünscht". Unter Anderem fragt Hirt auch, ob man je daran gedacht habe, dass Gretchen von Faust hypnotisirt worden sei, und meint schliesslich, wenn Prof. Grasheys Ansicht massgebend würde, so könnte man jeden Versuch, ein Mädchen verliebt zu machen, ohne Weiteres als strafbar erklären.

Diese geistvollen Ausführungen Prof. Hirts waren es, die die Geschworenen dazu bewogen, in dem schwebenden Punkte ihr Nichtschuldig auszusprechen, hierin genau dem Worte des Gesetzes folgend, wenn auch über die elende Handlungsweise nur eine Meinung herrschen konnte; wir können nicht unterlassen, Prof. Hirts Schlusswort anzuführen: „Ich fühle mich zu der Erklärung verpflichtet, dass ich mit blutendem Herzen ein Gutachten abgegeben habe, welches es Ihnen (den Geschworenen) vielleicht unmöglich machen wird, den Angeklagten so, wie er es vom Standpunkte der reinen Menschlichkeit aus verdiente, zu bestrafen."

Wir haben nach Durchlesen des Büchleins unseren neulichen Ausführungen wenig zuzufügen. Dass Betrüger einen

---

*) (Stuttgart, Enke 1895.

pathologischen, und zwar nicht hysterischen, sondern genauer ausgedrückt, paranoischen Zug haben, indem ihr Lügengewebe mit halbem Selbstbetrug einhergeht, ist eine alte kriminalistische Erfahrung.

Vorläufig aber, meinen wir, wird es mit der Verwerthung der Hypnose in der Strafrechtspflege ähnlich gehen wie mit der moral insanity. Man wird als schätzbares Material de lege ferenda Kenntniss von ihr nehmen.

In den Gerichtssaal gehört aber als gutachtliche Unterlage nur das thatsächlich Feststehende, nicht die Hypothese.

A. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Der Speicherarbeiter G. hatte einen Unfall erlitten und von der Speditions-Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft eine Rente beantragt. Nachdem aber nicht nur die Berufsgenossenschaft, sondern auch das Schiedsgericht zu Ungunsten des Klägers entschieden hatten, legte er Rekurs mit der Behauptung ein, dass er in Folge des Unfalles vom 3. März 1893 noch an der rechten Schulter, dem rechten Fusse und im Kreuz Beschwerden habe, in Folge deren er erwerbsunfähig sei. Das Rekursgericht hat ein Gutachten der Aerzte des Bürgerhospitals zu Köln, Professor Dr. B., und des Dr. D. vom 15. Mai 1894 eingeholt, auch in der mündlichen Verhandlung am 1. Oktober 1894, zu welcher der Kläger erschienen war, dem Antrage der Beklagten gemäss die Beobachtung und Untersuchung des Zustandes des Klägers durch Professor Dr. M. angeordnet, welcher sein Gutachten am 13. Oktober 1894 erstattet. Das Reichs-Versicherungsamt erkannte sodann zu Gunsten des Klägers mit folgender Begründung. Dem Kläger sind zur Entschädigung für die Folgen des erwähnten Unfalles für die Zeit bis zu seinem Eintritt in das berufsgenossenschaftliche Rekonvaleszentenhaus zu B. 50 Prozent der Vollrente gewährt, für die Zeit nach seiner Entlassung aus dieser Heilanstalt ist dagegen eine Entschädigung abgelehnt worden, weil Professor Dr. W. den Kläger in dem Gutachten vom 14. Oktober 1893 für geheilt und die an ihm noch wahrgenommenen vermeintlichen Krankheitserscheinungen für vorgetäuscht erklärte. Der Kläger hat sich, um diese Entscheidungen mit Erfolg anfechten zu können, laut der von ihm vorgelegten Quittung vom 23. November 1893 während eines Zeitraums von 8 Tagen im Bürgerhospital zu K. beobachten lassen; auf Grund dieser Beobachtung ist das dem Schiedsgericht vorgelegte kurze Zeugniss des Dr. D. vom 12. Dezbr. 1893 ausgestellt worden, während das Gutachten des Professor Dr. B. und des Dr. D. vom 14. Mai 1894 sowohl auf dieser Beobachtung als auch auf einer neueren im Januar 1894 stattgehabten Untersuchung beruht. Diese Aerzte erklären unter eingehender Begründung, dass die an dem Kläger beobachtete Lähmung der Beweglichkeit des rechten Oberarmes auf einer sehr selten auftretenden und schwierig festzustellenden Lähmung von Nerven in der Schultergegend beruhe und nicht vorgetäuscht sein könne. Zu diesem Ergebniss ist auch Professor Dr. M. gelangt, welcher sein Gutachten auf Grund zehntägiger Beobachtung abgegeben und ebenfalls eingehend begründet hat. Nach beiden Gutachten ist die Verletzung unbedenklich auf den erlittenen Betriebsunfall zurückzuführen. Wenn nun auch zu Gunsten der Auffassung des Prof. Dr. W. die bedeutend längere Beobachtungszeit, welche demselben zu Gebote stand, ins Gewicht fällt, so ist doch in Betracht zu ziehen, dass auch dieser Sachverständige erhebliche Störungen in der Funktion des rechten Armes und eine mässige Atrophie der Muskulatur dieses Gliedes wahrgenommen hat. Er führt die letztere auf willkürliche Schonung und die erstere auf eine Täuschungsabsicht des Klägers zurück, befindet sich aber hierbei in Widerspruch mit den vom Rekursgericht gehörten Sachverständigen. Da die letzteren ihre Auffassung des Zustandes des Klägers in umfassender und auch für den Laien verständlicher Weise begründet haben, übrigens die von ihnen hervorgehobene Seltenheit und schwere Erkennbarkeit der in Rede stehenden Verletzung eine Verkennung derselben erklärlich macht, hat das Rekursgericht den Beweis der Simulation nicht für geführt und demgemäss den Kläger für durch die Folgen des Unfalls auch über den 15. Oktober 1893 hinaus in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt erachtet. Dabei ist mindestens eine solche Beschränkung nur hinsichtlich der rechten Schulter und des Armes als erwiesen angesehen worden, die weiteren Beschwerden des Klägers haben sämmtliche Sachverständige für unbegründet erklärt. Der Grad der Beeinträchtigung ist in Uebereinstimmung mit den Sachverständigen auf 50 Prozent der völligen Erwerbsunfähigkeit geschätzt.

M.

Der Fuhrmann K. hatte am 19. August 1893 durch einen Bruch des rechten Oberarms einen Unfall erlitten. Infolge davon ist ihm von der beklagten Fuhrwerksberufsgenossenschaft durch Bescheid vom 24. März v. J. in Uebereinstimmung mit dem Gutachten der Aerzte der Heimstätte für Verletzte zu N. eine Rente von 40 Prozent der Vollrente = 18 Mk. 45 Pf. monatlich und ausserdem für 24 Monate vom 1. April d. J. ab eine Schonungsrente von 5 Prozent = 2 Mk. 30 Pf. monatlich zugesprochen. Der Kläger hat hiergegen Berufung eingelegt und geltend gemacht, dass der verletzte Arm zur Arbeit noch ganz unbrauchbar sei, weshalb Erhöhung der Rente beantragt ist. Das Schiedsgericht zog ein Gutachten des Königlichen Kreisphysikus in R. ein, welcher in seinem Gutachten wesentlich abwich von den Aerzten der Heimstätte. Der Gutachter führte aus: Der Arm steht in schwach gebeugter Stellung im Ellenbogengelenk, so dass der Vorderarm mit dem Oberarm einen flachen stumpfen Winkel bildet; eine Streckung des Armes im Ellenbogengelenk ist unmöglich. Was die Beugungsmöglichkeit betrifft, so ist dieselbe eine sehr beschränkte; den Arm auch nur annähernd soweit zu beugen, dass der Vorderarm mit dem Oberarm einen rechten Winkel bilden würde, ist völlig ausgeschlossen; da auch die Drehbewegungen des Vorderarmes im Ellenbogengelenk namentlich nach aussen hin erheblich beschränkt sind, so ist die Funktionsstörung im Ellenbogengelenk eine sehr beträchtliche. K. ist z. B. ausser Stande, die Speisen mit der rechten Hand zum Munde zu führen, da sich der Arm im Ellenbogengelenk nicht so weit beugen lässt; er vermag daher auch keine Arbeiten auszuführen, bei denen ein ausgiebiges Strecken und Beugen im Ellenbogen nothwendig ist; da die Gelenkflächen mit einander verwachsen sind, so sind die Aussichten auf Besserung der Steifigkeit sehr gering. Günstiger sind in dieser Beziehung die Aussichten bei dem rechten Schultergelenk. Hand und Finger sind geschwollen; auch ist die Muskulatur dieser Theile erheblich geschwächt. Es ist dem Verletzten unmöglich, erfasste Gegenstände energisch festzuhalten und schwere Arbeiten damit zu verrichten. Es ergiebt sich, dass die Leistungsfähigkeit des rechten Armes erheblich reduzirt ist. Wenn man berücksichtigt, dass es sich bei dem Verletzten um den rechten Arm handelt und erwägt, dass der rechte Arm bezw. Hand bei Leuten, die wie K. auf die Arbeit ihrer Hände angewiesen sind, das für ihre Arbeitsfähigkeit wichtigste Glied darstellt so wird man die durch die Folgen des Unfalls bedingte Herabsetzung seiner Erwerbsfähigkeit höher als bisher und zwar auf 60 Prozent schätzen müssen. — Auf Grund dieses Gutachtens

sprach das Schiedsgericht dem Verletzten eine Rente von 60 Prozent zu. Hiergegen legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein, jedoch ohne einen Erfolg zu erringen. Geheimrath Dr. K. erklärte, die Krankenhausärzte sähen zuweilen den Zustand eines Verletzten günstiger an, als es der Fall ist; sie fürchten wohl ihr Renommee zu verlieren, wenn konstatirt wird, dass sich der betreffende Kranke in der Anstalt nicht gebessert hat. Auch pflegt sich der Zustand eines Verletzten nicht selten zu verschlimmern, sobald er das Krankenhaus verlassen hat, und nun den Kampf ums Dasein mit seinen Schädlichkeiten aufnehmen muss. M.

Tagesgeschichte.

In den politischen Zeitungen und Vereinen finden sich jetzt mehrfach Erörterungen über die Novelle zum Unfall-Versicherungsgesetz. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, ob wie bisher der Rekurs gegen die Entscheidungen der Schiedsgerichte an das R. V. A. beibehalten werden, oder nur eine Revision (wegen Formfehler u. s. w.) statthaft sein soll. Soviel wir den Stimmen in der Presse entnehmen, würden sowohl Arbeitgeber als Arbeitnehmer gegen eine solche Neuerung sein. Es wird mit Recht dagegen angeführt, dass in den Unfallversicherungssachen das Reichs-Versicherungs-Amt eine eigentliche dritte Instanz gar nicht ist, denn die erste Instanz in Unfallsachen ist die Berufsgenossenschaft, also eine der betheiligten Prozessparteien. Erst das Schiedsgericht ist die erste richterlich-unabhängige Instanz, und dieses würde dann die einzige Instanz bleiben, gegen deren Entscheidung hinsichtlich der thatsächlichen Seite des Streites jedes Rechtsmittel ausgeschlossen sein würde. Wer von den Entscheidungen der Schiedsgerichte eine etwas umfänglichere Kenntniss hat, wie man sie gewinnen kann durch Lektüre der Sammlung der Rekursentscheidungen des Reichs-Versicherungs-Amts, herausgegeben von der Knappschafts-Berufs-Genossenschaft, der wird zu der Ansicht kommen müssen, dass nicht nur die thatsächlichen Feststellungen bei ihnen oft sehr wichtige Ergänzungen in der Rekursinstanz nothwendig machen, sondern dass sie auch untereinander so abweichende Entscheidungen treffen, dass es besonders für die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit von ausserordentlichem Werthe sein würde, wenn eine einheitliche Rechtsprechung wie bisher durch das Reichs-Versicherungs-Amt erhalten bliebe, denn nur auf Grund einer solchen einheitlichen Rechtsprechung kann sich auch eine gewisse gleichmässige, ärztlich-sachverständige Schätzung der Unfallsfolgen und der Invalidität ausbilden. — Eine weitere, für uns Aerzte ganz besonders wichtige Frage bei der Unfall-Versicherungs-Reform ist dann diejenige, ob es sich nicht empfiehlt, dass die Berufsgenossenschaften die Behandlung der Unfallverletzten schon früher als bisher, entweder nach der ersten oder vierten Woche oder gleich am ersten Tage nach der Verletzung übernehmen. Wir wollen diese Frage in einer der nächsten Nummern ausführlicher besprechen.

Aus der Nachweisung über die gesammten Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften u. s. w. für das Jahr 1893 (Amtl. Nachr. des R. V. A.'s 1895, No. 1) ergiebt sich, dass die Gesammtsumme der gezahlten Entschädigungsbeträge (Renten u. s. w.) für das Jahr 1893 rund 38 Millionen Mark betrug gegen 32 i. J. 1892, 26 i. J. 1891, 20 i. J. 1890, 14 i. J. 1889, 9 i. J. 1888, 5 i. J. 1887 und nicht ganz 2 i. J. 1886. Die Anzahl sämmtlicher i. J. 1893 überhaupt zur Anmeldung gelangten Unfälle beträgt 264 130.

Aus der Nachweisung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes errichteten Versicherungsanstalten für das Jahr 1893 (ebendaselbst) ergiebt sich, dass i. J. 1893 an Invalidenrenten gezahlt wurden 5 282 850 Mark gegen 1 353 433 Mark i. J. 1892. B.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. M. in B. Auf Ihre gef. ***Anfrage*** vom 25. Januar, wie Sie die Frage eines Schiedsgerichts beantworten sollen, seit wann ein Mann, welcher seit 2 Jahren an Lungentuberkulose leidet und in dieser Zeit mehrmals in Krankenhäusern gewesen ist, dazwischen aber immer wieder seine Arbeit als Maurer aufgenommen hat, als dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Invaliditäts-Vers.-Gesetzes anzusehen sei, — folgende ***Antwort:*** Wenn Sie den betreffenden Invaliden-Renten-Bewerber nach Ihrer gegenwärtigen Untersuchung und auch seit seiner letzten Entlassung aus einem Krankenhause für dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Gesetzes erachten, so würden Sie als Zeitpunkt des Beginns seiner Invalidität den Tag seiner Entlassung aus dem Krankenhause nehmen müssen. Denn in einer R. E. des N. V. A's Nr. 398 in den Amtl. Nachr. 1894, S. 175, heisst es: „In der Praxis wird die dauernde Erwerbsunfähigkeit, so lange ein Heilverfahren besteht, in der Regel zu verneinen sein; denn die Anwendung des Heilverfahrens setzt einen der völligen Heilung oder doch der Besserung über die unterste gesetzliche Grenze der Erwerbsfähigkeit hinaus nach menschlichem Ermessen noch fähigen Zustand des Versicherten voraus, und ein solcher Zustand schliesst, wie in ständiger Rechtsprechung angenommen wird, den Begriff dauernder Invalidität aus." —

Herrn Dr. K. in M. — ***Frage:*** Ein Patient von mir, ein Neurastheniker, wird ausserordentlich gestört und geplagt durch ein Geräusch, welches eine unmittelbar neben der Wand seiner Wohn- und Schlafstube befindliche Fabrik verursacht. Er hat mich schon mehrmals aufgefordert, ihm zu bescheinigen, dass dieser Lärm gesundheitsgefährlich sei. Ich habe bisher immer noch damit gezögert. — Was soll ich thun, und hat eine eventuelle gerichtliche Klage Aussicht auf Erfolg?

Antwort: Es kommt auf die Stärke, Beschaffenheit und Dauer des Geräusches an; danach wird dasselbe nur eine Belästigung oder eine Gefahr für die Gesundheit darstellen; nur die letztere bietet eine gewisse Aussicht auf den Erfolg einer gerichtlichen Klage. Ist das Geräusch nur leise und gleichmässig, so kann es nicht als gesundheitsgefährlich bezeichnet werden; ist es jedoch laut, gellend oder pfeifend, ist es verbunden mit dumpfen Erschütterungen der Wände, und dauert es von früh bis in die Nacht hinein, so dass es dem Nachbarn die erforderliche Ruhe und den Schlaf stört, so kann es unzweifelhaft als gesundheitsgefährlich erachtet werden. Es giebt ein diesbezügliches Erkenntniss des Reichsgerichts, III. Civilsenats, vom 6. April 1894, in dem es heisst: „Mit der actio negatoria kann nur die Störung abgewehrt werden, welche als übermässige, das Mass des Erträglichen übersteigende, anzusehen ist. Dieser Grundsatz beherrscht gleichermassen alle einschlagenden Rechtsverhältnisse, wenngleich sich eine Anwendung in der Praxis des Lebens verschieden gestaltet, da stets auf die örtlichen Verhältnisse und konkreten Umstände Rücksicht zu nehmen ist, um im Einzelfalle bestimmen zu können, ob eine zur Beschwerde gezogene Belästigung als übermässig zu gelten hat, oder als unvermeidliche und zu duldende Folge der Lebens- und Verkehrsverhältnisse des einzelnen Ortes, z. B. einer Fabrikstadt. Hiernach würde eine nach den örtlichen Zuständen von N. als geringfügig oder mässig anzusehende Belästigung durch Rauch, Geräusch oder in anderer Weise die Klage nicht begründen können, auch kann der durch die actio negatoria gegebene Rechtsschutz nur dahin Ausdruck finden, dass dem störenden Nachbar eine übermässige Belästigung verboten, oder aufgegeben wird, solche Einrichtungen zu treffen, durch welche das Mass des Erträglichen übersteigende Belästigung abgestellt wird. Die Einführung bestimmter Erfindungen kann ihm im Rechtswege so wenig zur Pflicht gemacht werden, wie die Anlage von Vorrichtungen, durch welche alle und jede Belästigung des Nachbars beseitigt wird." B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 4.** **Ausgegeben am 15. Februar.**

Die prozentuale Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit Unfallverletzter.

Von

San.-Rath Dr. **L. Becker.**

Die Feststellung der Entschädigung für die Einbusse, welche ein Verletzter durch die Folgen seines Unfalls erlitten hat, kann von Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten und Reichsversicherungsamt nur auf Grund eines motivirten Gutachtens eines sachverständigen Arztes erfolgen; darüber sind alle Betheiligten einverstanden. Nur über einen Punkt giebt es verschiedene Ansichten, nämlich darüber, ob seitens des Arztes in seinem Gutachten eine zahlenmässige Abschätzung des Verlustes an Erwerbsfähigkeit stattfinden soll.

In den Kreisen der Vertreter der Berufsgenossenschaften bestehen über diesen Gegenstand zweierlei Meinungen. Die Einen halten es für ein Bedürfniss und für eine Nothwendigkeit, dass schon durch den Arzt — mit richtiger Kenntniss der Gesetzgebung — prozentualiter der Grad der Erwerbsunfähigkeit bestimmt wird. Auf den Verbandstagen der Berufsgenossenschaften haben sich mehrmals Stimmen in diesem Sinne ausgesprochen, und es ist einmal sogar von dieser Seite die sehr zutreffende Bemerkung gemacht worden, dass es eine ganze Reihe von Festsetzungen gäbe, die der Arzt nur allein besorgen könne, z. B. wenn es sich um eine innere Verletzung handle. — Dem gegenüber macht sich aber sowohl auf den Verbandstagen der Berufsgenossenschaften als auch sonst in der Praxis der Letzteren eine gegentheilige Ansicht bemerkbar. Die Anhänger dieser meinen, der Arzt müsste sich darauf beschränken, lediglich festzustellen, welche Folgen die Verletzung für die Beschaffenheit des betroffenen Körpertheils gehabt hat, und welche Gebrauchsstörung der Glieder davon zurückgeblieben sei; das übrige, die zahlenmässige Schätzung der Erwerbsunfähigkeit, könnten sie selbst ebenso, wenn nicht besser als Aerzte, beurtheilen. — Manche Berufsgenossenschaften haben daher in ihren ärztlichen Fragebogen einen Passus aufgenommen, in welchem sie um „allgemeine Beschreibung“ der Folgen der Verletzung bitten und direkt den untersuchenden Arzt angehen, von einer zahlenmässigen Schätzung der Erwerbsunfähigkeit abzusehen.

Sehen wir uns nun die Gründe an, welche diese letzterwähnten Berufsgenossenschaften für ihre Meinung haben. Da ist denn einmal ganz offen ausgesprochen, dass durch die zahlenmässige Schätzung des Arztes „ein Präjudiz für die anderen Begutachter geschaffen würde“. Ja, man hat sich sogar darüber beklagt, „dass die Juristen im Reichs-Versicherungsamt immer sehr geneigt wären, auf die Angaben des sachverständigen Arztes besonderes Gewicht zu legen“. — Es ist den Vertretern dieser Ansicht offenbar unbequem, dass ein Anderer als sie selbst aus den thatsächlich vorliegenden Verhältnissen einen Schluss ziehen soll, welcher sie vielleicht zu einer höheren Aufwendung von Kosten veranlassen muss, als sie selbst für nöthig erachten. Und dieses unbequeme Gefühl mag in der That gelegentlich eine gewisse Berechtigung haben, wenn in dieser Begutachtung unerfahrene Aerzte bei unverhältnissmässig geringen Verletzungen ganz ungeheuerliche Schätzungen vornehmen; habe ich doch seitens der Berufsgenossenschaften die Befürchtung aussprechen hören, dass die Schiedsgerichte in solchen Fällen sich leicht dazu bestimmen lassen, wenn diese Gutachten einmal in den Akten sind, in streitigen Fällen auf Grund derselben zu Gunsten der Verletzten zu entscheiden. Ich muss dabei erwähnen, dass sogar die Berufsgenossenschaften einzelne Aerzte als solche bezeichnen, welche erfahrungsgemäss stets ihrer Ansicht nach zu hohe Schätzungen vornehmen und diesen womöglich andere Motive unterlegen. — Aus dem Gefühl der Unbehaglichkeit über diese ihrer Meinung nach nicht zutreffenden ärztlichen Gutachten sind die Berufsgenossenschaften dann weiter zu dem Verlangen gekommen, die Aerzte sollten sich auf die Schilderung des Thatbestandes beschränken; sie selbst, die Berufsgenossenschaften, würden dann daraus die Schlussfolgerungen auf den Grad der Erwerbsunfähigkeit ziehen; sie verständen das auch besser, weil sie besser Bescheid wüssten mit den erforderlichen „berufstechnischen Arbeitsleistungen“. — Dagegen möchte ich denn nun Folgendes erwidern: Fürs Erste ist doch unzweifelhaft der Arzt der beste Beurtheiler der anatomischen und funktionellen Beschaffenheit des Körpers des Verletzten und der Summe der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, wie sie bei dem Verletzten vor dem Unfall bestanden, und wie sie nun durch dessen Folgen vermindert sind. Wie befangen

das Urtheil berufsgenossenschaftlicher Beamten oft ist, hat Jeder, der viele dieser Aktenstücke zu lesen bekommt, genugsam erfahren; da sind oft die unwesentlichsten Bemerkungen in den ärztlichen Gutachten, nur weil sie scheinbar zu Gunsten einer geringeren Rente sprechen, dick roth unterstrichen, oder geringe Veränderungen des Umfangs verletzter Theile in derselben Weise bemerklich gemacht, und nun als Beweis einer wesentlichen Besserung verwendet. — Was nun aber die bessere Kenntniss der „berufstechnischen Arbeitsleistungen" anbetrifft, welche die Berufsgenossenschaften für sich in Anspruch nehmen, so muss ich dem gegenüber daran erinnern, dass es nach dem Gesetz gar nicht auf die professionelle Berufsthätigkeit des Verletzten ankommt, sondern dass es sich hierbei nach mehrfachen Kommentaren des Reichs-Versicherungsamtes um die Fähigkeit handelt, auf dem ganzen wirthschaftlichen Gebiete sich einen Erwerb zu verschaffen. Zwar werden es wohl immer der Kategorie nach ähnliche Arbeiten sein, wie diejenige, bei welcher der Arbeiter verletzt wurde, welche bei der Rentenfeststellung ins Auge zu fassen sind; aber die können dann auch wieder sehr verschieden sein in ihren Einzelheiten, und der Berufstechniker kann das besondere Verständniss doch nur für seine Spezialität in Anspruch nehmen. Als klassischen Zeugen dieser meiner Erwiderung führe ich den gewiss als Sachverständigen allgemein anerkannten Abgeordneten Oechelhäuser an, der in der Reichstagsverhandlung vom 10. Dezember 1888 sagte: „Es war eine unrichtige Voraussetzung, die man machte, dass es nothwendig sei, dass man die Festsetzung und Erörterung der einzelnen Unfälle durch Delegirte und Vertreter desselben Berufs vornehmen musste. Dass dieses Prinzip unrichtig ist, erhellt daraus, dass es offenbar nicht, obgleich es auf dem Papier steht, zur Durchführung kommen konnte, weil in den einzelnen Berufsgenossenschaften oft 10—30 total verschiedene Industriezweige vereinigt sind." — Ein Industrieller aus der Textil-Branche wird über die erforderlichen Handverrichtungen eines Maschinisten, der in seiner Fabrik die Dampfmaschine versieht, wohl auch kein besseres Urtheil haben, als ein anderer Sterblicher. — Endlich möchte ich auch noch diesen Herren von den Berufsgenossenschaften, welche die zahlenmässige Abmessung der Erwerbsunfähigkeit seitens der Aerzte nicht wünschen, entgegenhalten, dass sie ja die Wahl ihrer sachverständigen Aerzte in der Hand haben, und dass auch die Schiedsgerichte und das Reichs-Versicherungsamt in manchen Fällen mit ihren Entscheidungen den ärztlichen Gutachten nicht beigetreten sind, wenn sie dieselben nicht für ausreichend motivirt gehalten haben. — Es mag übrigens bemerkt werden, dass diejenigen Berufsgenossenschaften, welche eine zahlenmässige Abmessung seitens des Arztes nicht wünschen, sich in der starken Minderheit befinden.

Nun giebt es aber wunderbarer Weise auch Aerzte, welche die prozentuale Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit Unfallverletzter perhorresziren. In den Verhandlungen der Aerztekammern, welche sich aus Anlass des bekannten Antrages der Berliner Aerztekammer über die Nothwendigkeit der Orientirung der Mediziner mit den Arbeiter-Versicherungsgesetzen in den letzten Monaten mit diesem Thema beschäftigt haben, als auch auf den Aerztetagen haben sich Stimmen nach dieser Richtung hin vernehmen lassen. Was ist es denn, was diese Kollegen veranlasst, sich dem Wunsche der Behörden nach einem solchen ärztlichen Gutachten zu entziehen? Es ist ja leicht, sich in den Mantel der Wissenschaft zu hüllen und zu sagen, es sei nicht Sache der ärztlichen Begutachtung, in solcher Weise sich in den Streit der Parteien zu mischen. Aber das praktische Leben stellt heutzutage nun einmal auch an den Arzt seine bestimmten, präzisen Forderungen. Manchem, der in seiner Wissenschaftlichkeit seit Jahren nur an den Stil gelehrter Abhandlungen gewöhnt ist, in welchem die Worte „mehr oder weniger", „es scheint", „es könnte sein", „es lässt sich denken", „es ist nicht unmöglich" u. A. eine grosse Rolle spielen, mag es schwer sein, sich direkt in die thatsächlichen Verhältnisse des praktischen Lebens hineinzudenken. Durch wissenschaftliche Abhandlungen allein genügt man aber nicht dem praktischen Bedürfniss; hier heisst es, auch die Konsequenzen aus seinem Wissen für den Zweck des vorliegenden Einzelfalles ziehen. Selbst die ausführlichste Darlegung des ärztlichen Befundes allein bleibt dem Laien oft unverständlich, und nur zu leicht sucht jede Partei für sich das, was nur ihren Tendenzen günstig ist, daraus zu ziehen, wie ich das oben erwähnte. Diesem Bestreben der Parteien, aus dem einfach geschilderten Befunde nur Einseitiges für sich herauszulesen, kann allein dadurch entgegengetreten werden, dass der ärztliche Sachverständige, der als solcher über den Parteien steht, alle seine Gründe im Schlussurtheil zahlenmässig zusammenfasst. Die zahlenmässige Schätzung der Erwerbsunfähigkeit ist eben die bestimmteste, und die Verwerthung sachverständiger Gutachten vor Gericht wächst mit der Bestimmtheit ihrer Ausdrucksweise. Dass übrigens auch das Reichs-Versicherungsamt, die oberste Rekursinstanz und Aufsichtsbehörde für die Arbeiter-Versicherung, ebenfalls die prozentuale Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit seitens der begutachtenden Aerzte wünscht, beweist eine Rekurs-Entscheidung dieser Behörde vom 25. April 1887, in der es heisst: „Die überzeugende Kraft und die Verwerthbarkeit eines Gutachtens für die Entscheidung sei dadurch wesentlich beeinträchtigt und erschwert, dass dasselbe, wiewohl es mit Bezug auf einen Betriebsunfall für eine Berufsgenossenschaft bestimmt ist, die Arbeitsfähigkeit des Verletzten nur „in erheblichem Grade" als beschränkt bezeichnet, anstatt im Hinblick auf die Bestimmung des § 5, Ziffer 2b des Unfall-Versicherungsgesetzes den Bruchtheil, in welchem die Erwerbsfähigkeit verblieben ist, bestimmt anzugeben."

Die Begutachtung von Wohnungen.

Von
Sanitätsrath Dr. Kollm-Berlin.

I.

Ist eine Wohnung gesund? Diese Frage wird dem Arzte sehr häufig sowohl von seinen Patienten, als auch von den Behörden vorgelegt.

Die nachstehende kurze Zusammenstellung der wichtigsten hygienischen Erfordernisse für gesundheitsgemässes Wohnen soll dem begutachtenden Arzte eine kleine Handhabe für das von ihm in dieser Beziehung gewünschte sachverständige Urtheil bieten.

Handelt es sich um ein von Privaten gewünschtes Gutachten, sei es behufs Ertheilung eines ärztlichen Rathes bei Neubau und Neueinrichtung eines Hauses, sei es zum Zwecke der Auswahl einer erst zu beziehenden oder Begutachtung einer bereits innegehabten Wohnung, so werden folgende Punkte ins Auge zu fassen sein: Prüfung des Bauplanes, der Lage, des Untergrundes, der Zimmerwände, der Innenluft, der Ventilations-, Heizungs-, Beleuchtungs-, Wasserversorgungsanlagen und der Einrichtungen für Beseitigung der Schmutzstoffe.

Gesunde Lage muss als ein Haupterforderniss für jedes Haus bezeichnet werden. Als gesunde Gegend gilt eine solche, die nicht zu feuchte, nicht zu trockene, nicht zu sehr stagnirende Luft und gutes Wasser besitzt. Erhöhte Lage ist im Allgemeinen derjenigen in der Tiefe, in Mulden, an steilen Rändern, am Fusse von Anhöhen vorzuziehen. Bezüglich der

Himmelsgegend ist zu bemerken, dass die Frontstellung des Hauses gegen Süden, Südosten und Südwesten unbedingt die gesundheitlich beste ist, weil sie die grösste Zufuhr des Sonnenlichtes sichert. Bei geschlossenen Häuserreihen nützen Strassen von Nord nach Süd die Sonnenstrahlen besser aus als solche von Ost nach West. In's Auge zu fassen ist unbedingt die nächste Umgebung. Ein freier Platz, die Nähe eines Parkes, eine breite, womöglich mit Bäumen bepflanzte Strasse ist stets zu bevorzugen. In der Grossstadt warne man vor zu verkehrsreichen Strassen mit dem beständigen, so geräuschvollen, nervenerregenden Treiben. Ebenso ist die Nachbarschaft vieler Fabriken und solcher Betriebsanlagen, die störende Geräusche verursachen, gesundheitsschädliche Effluvien, Dämpfe, Rauch, Staub entwickeln, endlich auch die unmittelbare Nähe der Bahn oder eines Bahnhofes zurückzuweisen. Sehr reizbaren Personen wird man empfehlen, nicht in der Nachbarschaft von grossen Krankenhäusern, Asylen, Kirchhöfen, Kasernen, Theatern, Musiksälen Wohnung zu nehmen. Bei Auswahl der Lage des Hauses wird als ein wesentlicher Faktor dann auch die Bodenbeschaffenheit des Baugrundes zu berücksichtigen sein. Man hat auf die Porosität des Bodens, den Gehalt an Verunreinigungen, an Feuchtigkeit, den Stand des Grundwassers und dessen Schwankungen zu achten. Als Baugrund ist jeder Boden zu verwerfen, welcher viel Wasser und viel organische Stoffe enthält. wie z. B. sumpfiger Boden, oder wo das Grundwasser der Oberfläche so nahe ist, dass es bei höherem Stande die Grundmauern erreicht. Man wird also auch eine Wohnung im Ueberschwemmungsgebiet eines Flusses oder eines Sees zu vermeiden haben. Künstlich aufgefüllter Boden, der mit Wasser, organischen Stoffen, Abfällen durchsetzt ist, wird zu meiden oder durch Drainage, Nivellirung, Abtragung unreiner Schichten zu verbessern sein.

Im Innern der Wohnung hat man besonders sein Augenmerk zu richten auf die Beschaffenheit der Wände. Dieselben müssen durchaus trocken sein. Feuchte Mauern wirken gesundheitsschädlich. Die Innenluft wird feuchter und unreiner, die Insassen geben mehr Wärme ab als in trocknen Räumen, und endlich befördert die Feuchtigkeit die Entwickelung von Mikroorganismen. Zur Ermittelung der Feuchtigkeit bedient man sich verschiedener Methoden, aber für die Beurtheilung der Innenluft eines Wohnraums genügt es meistens, wenn man sie als rein und trocken oder als feucht, stockig, dumpfig bezeichnet. Durch Abkratzen des Verputzes kann man feststellen, ob die Feuchtigkeit nur oberflächlich ist oder ob sie tiefer die Mauer durchdringt. Langsames Austrocknen der Mauern ist im Interesse der besseren Bindekraft des Mörtels und der Festigkeit der Mauer wünschenswerth. In Berlin wird von der Polizei erst 6 Wochen nach Vollendung des Rohbaues (Steinbau, Balkenlage und Dach) die Erlaubniss zum Abputzen und erst 6 Monate nach Vollendung des Rohbaues die Erlaubniss zum Bewohnen gegeben.

Zu beachten ist, dass die Fussböden luft- und wasserdicht herzustellen sind, die Zwischendecken aus einem Material, welches Schall und Wärme schlecht leitet, möglichst leicht und rein ist, und kein Nährmaterial für pathogene Keime abgiebt. Offene Fugen an den Fussböden müssen vermieden werden, daher ist Parquetboden vorzuziehen. Sehr oft ist ein schlechter, muffiger Geruch in bewohnten Räumen, nach dessen Quelle man lange vergebens gesucht, nur zu beseitigen durch Aufreissen der Dielen und Erneuerung des Zwischendecken-Materials. —

Ein gesundheitliches Erforderniss bei jedem Hause ist auch die Unterkellerung desselben zur Fernhaltung aller schädlichen Einflüsse der Boden-Luft und Feuchtigkeit.

Ein wesentliches Erforderniss für eine gesunde Wohnung ist gute Ventilation. Der Aufenthalt von Menschen führt eine Vermehrung der Kohlensäure, des Staubes und der Keime herbei, daher ist reichlicher Luftwechsel nothwendig. Der Ventilationsbedarf beträgt nach Uffelmann für einen Erwachsenen stündlich 60 cbm guter Aussenluft. In jedem Bau wird die natürliche Ventilation im Wesentlichen um so besser sein, je durchlässiger die Wände sind, je bedeutender die Innen- von der Aussenluft differirt, und je kräftiger der Wind auf die Wände stösst und an den Oeffnungen vorbeistreicht. Zur Verstärkung der natürlichen Ventilation dient häufiges, möglichst langes Oeffnen der Fenster und Thüren und die Anbringung der Vorrichtungen für künstliche Ventilation, deren Besprechung zu weit führen würde. Im Allgemeinen wird der Arzt mindestens 20 cbm Luftcubus für jeden Erwachsenen verlangen und als minimale Grundfläche für denselben 5 qm feststellen. Die Prüfung hat sich auch noch zu erstrecken auf die Heizung, Konstruktion der Oefen, Klappen, das Brennmaterial und die erzielte Wärme. Die Heizung soll angemessene Wärme möglichst gleichmässig gewähren und darf keine Verschlechterung der Luft herbeiführen. Nicht zu empfehlen sind Kamine und die gewöhnlichen metallenen Oefen, besser sind Kachelöfen verschiedener Systeme und Gasöfen. Bei letzteren ist darauf zu achten, dass die Brenngase nicht in das Zimmer gelangen, sondern durch ein geeignetes Rohr nach aussen geleitet werden. Bei centralen Anlagen von Luft, Wasser, Dampfheizung ist auf die sorgfältige Ausführung derselben zu achten, dass die Rohre keine Risse, Spalten haben, die aspirirte Aussenluft möglichst rein ist, die Zu- und Abzugskanäle zweckmässig angelegt sind. Die Qualität der Luft während der Heizung mit Berücksichtigung der Feuchtigkeit und des Gehalts an Kohlenoxyd ist besonders ins Auge zu fassen.

Von wesentlicher Bedeutung für gesundes Wohnen ist die Beleuchtung. Bei Einrichtung und Ausstattung der Zimmer ist auf möglichst freien Zutritt des Sonnenlichtes zu sehen. Die Wohn-, Arbeitszimmer sollen auch bei trüben Tagen eine ausreichende Helligkeit besitzen. Die Fenster sind daher möglichst zahlreich und hoch anzubringen und nicht durch dunkle Vorhänge zu verdunkeln. Zu grelles Licht ist zu vermeiden. Bezüglich der künstlichen Beleuchtung hat der Arzt darauf zu sehen, dass das künstliche Licht möglichst in seiner Farbe dem Sonnenlicht gleiche, in hinreichender Menge vorhanden sei, jedoch nicht zu stark und stets von gleichbleibender Intensität sei, die Luft nicht verunreinige und nicht durch zu grosse Wärmestrahlung schädigend wirke. Am meisten ist demnach das elektrische Licht zu empfehlen.

Schliesslich wird der begutachtende Arzt noch sein Augenmerk auf die Anlagen zur Beseitigung unreiner Abgänge zu richten haben. Vor Allem wird es sich um die Anlage der Closets handeln. Ist Kanalisation vorhanden, so wird auf den Anschluss an diese und Anlage von gut funktionirender Spülung Rücksicht zu nehmen sein. Wenn es angängig ist, empfiehlt es sich, die Closets in einem Anbau oder besonderem Gebäude unterzubringen, nicht innerhalb der Wohnung, namentlich nicht in unmittelbarer Nähe der Speisekammer oder Küche. Die aus denselben entsteigenden, auch bei guter Spülung nicht ganz zu vermeidenden Dämpfe, bestehend in Schwefelwasserstoff, Schwefelammonium, Ammoniak, treten besonders, wenn die Wohnräume wärmer als das Closet sind, in dieselben über. Jedenfalls ist für gute Abzugs- und Lüftungsrohre, guten Verschluss, sowie Beleuchtung zu sorgen. Bei stark bewohnten Quartieren wird häufig noch die Frage an den begutachtenden Arzt gerichtet, ob die vorhandenen Closets auch dem Bedürfniss genügen. Im Allgemeinen wird man für 15—20 Per-

sonen ein Closet als ausreichend betrachten. Für Beseitigung der Schmutzwässer, Küchenspüle, Badewasser, Regenwasser etc. wird ein gut angelegtes Röhrensystem zu verlangen sein, das an ein vorhandenes Kanalsystem beziehungsweise Rinnsteine anzuschliessen ist. Noch zu beachten ist, dass Stallungen fürs Vieh, Düngergruben möglichst entfernt vom Wohnhause und von etwa vorhandenen Brunnen zu errichten sind, um dem Hause reine Luft zu sichern und dasselbe vor Verunreinigung des Bodens zu schützen.

Dieses sind kurz zusammengefasst die wesentlichsten Gesichtspunkte, auf die der Arzt bei Anlage eines Hauses oder bei Besichtigung einer Wohnung Rücksicht zu nehmen hätte, wenn er von Privatleuten zur Begutachtung derselben aufgefordert wird.

Im Weiteren will ich noch diejenigen Gesichtspunkte zusammenstellen, auf welche bei Streitfragen vor Gericht oder vor Behörden besonders Gewicht zu legen ist.

(Fortsetzung folgt.)

Simulation von Geistesstörung und Selbstmordversuch.

Motivirtes mündlich erstattetes Gutachten.

Von
Dr. **Emil Schäffer**-Darmstadt.
Grossherzogl. Kreisassistenzarzt.

Vorgeschichte. P. Sch., 24 Jahre alt, phychopathisch nicht belastet, als Kind gesund, machte in der Schule bei mässiger Begabung gute Fortschritte. Litt im Alter von 13—17 Jahren nach den Aussagen seiner Mutter öfter an epileptischen Krampfzuständen, eine Angabe, die durch meine anderweitigen Erkundigungen nicht bestätigt werden konnte. In seiner Pubertätszeit wurden keine charakterologischen Veränderungen an ihm wahrgenommen. Nach seiner Entlassung aus der Schule zeigte er sich in den verschiedensten Stellungen als unzuverlässig und arbeitsscheu. Er trieb sich wiederholt längere Zeit beschäftigungslos herum, gerieth in schlechte Gesellschaft, ist bereits fünf Mal vorbestraft und zwar wegen Betrugs, Urkundenfälschung, Diebstahls, Unterschlagung; das erste Mal im Alter von 19 Jahren, im Jahre 1889, das letzte Mal am 13. Juli 1893 wegen Betrugs im strafrechtlichen Rückfall mit zwei Jahren Zuchthaus und 150 Mark Geldstrafe. Im Mai 1893 — vor der letzten Verurtheilung — vagabundirte Sch. in der Umgegend von W. R. Er fertigte sogenannte Gedenkblätter, Bildchen mit Reimen, an, nach dem er sich auf eine nicht näher aufgeklärte Weise mit den Familienverhältnissen verschiedener Einwohner in W. und R. vertraut gemacht und setzte diese werthlosen Blätter, auf deren Rückseite er die Adresse geschrieben: Evangelischer Frauenverein Darmstadt, Frau von B., bei den betreffenden Einwohnern von W. ab für 8 M. 50 Pf. Hierbei spiegelte er den Leuten unwahrer Weise vor, er sei vom Pfarrer F. in R. geschickt, resp. von der Vorstandsdame des evang. Frauenvereins in D., Frau von B., und bestimmte so die Leute zur Abnahme der Bilder gegen Zahlung des erwähnten Betrages. Offenbar, um seine Aussagen glaubwürdiger zu machen, hatte er, wie aus den Gerichtsakten ersichtlich, Dienerlivrée angezogen, an der Mütze befand sich vorne der Buchstabe B. Wie Sch. zu diesen Kleidungsstücken gekommen, verschwieg er stets. Bereits einige Zeit, bevor er von dem Zuchthaus M. nach D., wo die Verhandlung stattfinden sollte, überführt wurde, klagte er, der bis dahin stets gesund war, nach erfolgter Mittheilung seiner beabsichtigten Ueberführung, wiederholt über Kopfschmerzen, Schwindel, war seiner Umgebung gegenüber ganz verschlossen, sprach sehr wenig und ass unregelmässig.

Bei der am 30. Juni 1894 an der Strafkammer I Gr. Landgerichts dahier stattgehabten Verhandlung zeigte Sch. in seinem Verhalten solche Auffälligkeiten, dass der Gerichtshof an seiner Zurechnungsfähigkeit zweifelte und die ärztliche Beobachtung des Sch. für nöthig erachtete. Im gerichtlichen Termin war Sch. in seinen Ausführungen unzusammenhängend, oft ganz unverständlich, in seinem Benehmen bald läppisch, bald zeigte er gedrückte Stimmung, weinte, stand unmotivirt von seinem Platz auf, sah nach der Ecke des Gerichtssaales, deutete dann wieder nach dem Fenster, wollte verschiedene ihm bekannte Personen gar nicht mehr erkennen und gab sich den Anschein, als ob er sowohl zeitlich wie örtlich desorientirt sei. Hierbei fiel er den Anwesenden besonders durch seinen nichtssagenden, stupiden Gesichtsausdruck auf. — Fünf Wochen lang, während der Untersuchungshaft im hiesigen Provinzialarresthaus, beschränkten sich seine ganzen verbalen Aeusseruugen dem Beamtenpersonal des Gefängnisses sowohl wie seinen Mitgefangenen gegenüber, unbekümmert um den Inhalt der Fragen, lediglich auf die Worte: „ich weiss nicht“, „da oben“, „wo bin ich denn“, „was soll ich eigentlich“. Er lag den grössten Theil des Tages, scheinbar ganz interesselos für alle Vorgänge in seiner Nähe auf dem Boden stets in der gleichen Ecke seiner Zelle, stand nur sehr selten auf, blickte dann nach dem Fenster, begann zu lachen, lief im Zimmer umher und legte sich dann wieder auf den früheren Platz. Bei einem wiederholten Besuch seiner Angehörigen wollte er auch diese nicht erkennen, lachte unmotivirt und grimassirte viel, gab auf Fragen keinerlei Antwort, nahm z. B. gelegentlich des zweiten Besuches den Marktkorb und Regenschirm seiner Mutter und lief aus dem Besuchszimmer hinaus.

Zum Essen liess er sich sehr oft nöthigen, versuchte verschiedene Male mit dem Essen zu schmieren; in seiner Toilette wie überhaupt in seinem ganzen Aeusseren vernachlässigte er sich sehr. Unreinlichkeiten mit Stuhl oder Urin liess er sich nie zu Schulden kommen, sondern verrichtete stets unaufgefordert die bezüglichen Bedürfnisse spontan. Nachts war Rebr. ausnahmslos ganz ruhig und hatte nach glaubwürdigen Mittheilungen zu schliessen sogar einen festen Schlaf.

In seinem Körpergewicht traten nur ganz geringe Schwankungen auf und zwar nie mehr als ein Kilo.

Im gerichtlichen Termin äusserte ich mich wie folgt über die Ergebnisse meiner Exploration.

Fundbericht mit Gutachten. Als mir Sch. zwecks Untersuchung auf seinen Geisteszustand zum ersten Mal vorgeführt wurde, reagirte er bei starrer, stumpfsinniger Physiognomie und schlaffer Körperhaltung auf die verschiedensten Fragen, wie z. B. über seinen, seiner Eltern und Geschwister Namen, Grund und Dauer seines hiesigen Aufenthaltes etc. etc. in Worten gar nicht, wohl aber führte er theils im Anschluss an die Fragen, theils unabhängig von diesen sinnlose und verkehrte Handlungen aus, schüttelte und nickte ganz unmotivirt mit dem Kopf, wischte und zupfte sich und die im Zimmer Anwesenden an den Kleidern, machte allerlei Bewegungen mit der Lippe und der Zunge und grimassirte heftig. Dann stand er plötzlich von dem Stuhl auf, lief im Zimmer umher, begann laut zu lachen, lief an das Fenster, drehte sich plötzlich um und sah längere Zeit stieren Blickes unter allerlei zum Theil recht unverständlichen Gesten nach einer Ecke im Zimmer. Als ich nach einiger Zeit immer wieder von Neuem mit Fragen in ihn drang, gab er allmählich und stotternd einzelnde Antworten, die, wenngleich sie an und für sich nicht richtig waren, doch verriethen, dass er die an ihn gestellten Fragen inhaltlich richtig aufgefasst haben musste; z. B. auf Fragen, wo er sei: in Bu- Bu- Butzbach; wie lange er hier sei: seit gestern; wie er heisse: Fra- Fra- Franz u. s. w. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, wollte er

zuerst in die ihm gereichte Bleifeder beissen, machte aber dann, als er merkte, dass man einem solchen Gebahren keine weitere Beachtung schenke, ohne Weiteres als Schriftzüge für die Worte Franz und Jakob unleserliche Zeichen auf das Papier.

In den folgenden Tagen zeigte er im Wesentlichen das gleiche Verhalten; für die einfachsten Fragen hatte er nur die stotternden Worte: „ich weiss nicht, ich kann nichts sagen" zur Antwort; er wollte keine Geldstücke kennen, verwechselte beständig die Buchstaben; aus der Inkonsequenz, die Sch. hierbei zeigte, konnte man schliessen, dass seine falschen Angaben keineswegs auf unbeabsichtigter Unwissenheit beruhen; bald erkannte er z. B. das t gar nicht, bald hielt er es für d, oder l, p, u. s. w.

Ausserhalb der ärztlichen Beobachtung lag Sch. stumm und für alle Vorgänge in seiner Umgebung scheinbar interesselos am Boden seiner Zelle, zog seinen Rock über den Kopf, verliess seinen Platz regelmässig erst nach wiederholter Aufforderung zur Essenszeit, zeigte sich beim Aufstehen sehr ungeschickt und unbeholfen, wobei er mehrmals wieder zu Boden fiel, einige Male stand er auch spontan auf, ging dann raschen Schrittes in der Zelle auf und ab, gab sich mehrmals den Anschein, als stürze er zu Boden, während er wieder zu anderen Zeiten starr und unbeweglich mitten in der Zelle stand, um bei gespanntem Gesichtsausdruck mit weit geöffneten Augen nach ein und derselben Ecke in seiner Zelle zu sehen.

Während meiner Beobachtungszeit machte Sch. einen Selbstmordversuch in der Art, dass er sich mit seinem Taschentuch an seiner Bettstelle aufzuhängen vorgab. Er befestigte in knieender Stellung die um den Hals gelegte Schlinge an einem Eisenstab seines Bettes, begann dann, obwohl die Schlinge noch ganz locker am Hals gelegen hatte, laut zu stöhnen und zu jammern. Als die im gleichen Zimmer Anwesenden hierdurch auf Sch. aufmerksam gemacht, diesem zu Hilfe eilten und ihm über seine Handlung Vorhalt machten, lief er weinend im Zimmer auf und ab und legte sich dann, für jegliche Anrede stumm, in die Ecke des Zimmers auf den Boden.

Ich habe nach dem Verhalten, das mir bis dahin Sch. geboten und insbesondere bei Berücksichtigung der ganzen Art und Weise des Selbstmordversuches wirklich sincodale Tendenzen ausgeschlossen und deshalb eine genauere Ueberwachung des Sch. vom ärztlichen Standpunkt aus für ganz unnöthig gehalten. Und in der That unterblieben nicht nur für die Folge derartige Selbstmordversuche — ich hatte Sch. hierüber in keiner Weise interpellirt, — sondern ich hatte bereits einige Tage später Gelegenheit mich von der Richtigkeit meiner seitherigen Beurtheilung des Sch. zur Genüge zu überzeugen.

Am 27. Juli nämlich machte ich zu Beginn meines Besuches dem Sch. die Mittheilung, dass ich ihn in seinem Benehmen bis jetzt absichtlich noch nicht habe stören wollen, und dass ich mich der Annahme nicht verschliessen könne, Sch. übertreibe, wenn er wirklich geisteskrank sei, manchmal, da zum Beispiel selbst in hohem Grade geistig gestörte Personen immer noch ihren Namen schreiben können; Sch. möge sich nur besinnen und die Schriftzüge würden ihm dann schon einfallen, man vermisse gerade dieses Symptom noch bei ihm. In sichtlicher Erregung, die sich durch die Veränderung der Mimik und der ganzen Körperhaltung ausdrückte, erwiderte Sch. ohne, wie seither, zu stottern: „ich hab doch gar nichts machen wollen, ich bin nur öfter verwirrt und habe auch Kopfweh, Herr Lehrer!" Als ich ihm am folgenden Tage zum Schreiben seines Namens aufforderte, schrieb er, der noch kurze Zeit vorher statt der Buchstaben ganz räthselhafte Zeichen gemacht hatte, nach längerem Zögern und unter öfterem, scheinbaren Sichbesinnen seinen Namen. Gleichzeitig erschien Sch. auch bereits in seinem Aeusseren geordneter, und hatte zum Beispiel während meines ganzen Besuches nicht grimassirt oder die oben näher beschriebenen verkehrten Bewegungen und Handlungen ausgeführt.

Im Laufe der folgenden Explorationen wurden die Antworten des Sch. in auffallender Weise treffender und präziser, er vermochte bald ohne Anstand Alles zu lesen und zu schreiben, erkannte die vorgelegten Geldstücke richtig, meinte nur einmal als man ihm Briefmarken vorlegte: „Das sind schöne Bilder," besann sich nach entsprechendem Vorhalt eines Besseren und äusserte: „ach, das sind ja Briefpostmarken".

Im Gegensatz zu seinen früheren Bemühungen zeigte Sch. jetzt dem Grad der genossenen Schulbildung entsprechende Kenntnisse und löste auch, zur Prüfung seiner geistigen Kombinationskraft, gestellte Rechenexempel richtig.

Das Gedächtniss des Sch. zeigte nicht nur keine gröberen Defekte, sondern erwies sich sowohl bezüglich der Spät- wie der Jüngstvergangenheit, besonders für Vorgänge, die den Sch. selbst betreffen, genau, wenngleich auch noch manchmal bei einzelnen Fragen das Bestreben zu Tage trat, Schwerbesinnlichkeit oder Reproduktionsfälschungen vorzutäuschen. Oft kam es noch vor, dass Sch. die richtige Antwort halblaut angefangen hatte, plötzlich aber verstummte und dann wieder falsche Angaben machte; nach kurzer Zeit scheinbaren Besinnens wusste er auf Vorhalt regelmässig die richtige Antwort.

Am 9. August erzählte er von seinen Erlebnissen nach dem Jahre 1889, als er zum ersten Mal bestraft wurde. Er gab sich zunächst den Anschein, als ob er für die näheren Umstände, unter denen er seine verschiedenen Betrügereien, Diebstähle, Urkundenfälschungen etc. etc. mit grossem Raffinement ausgeführt, nur noch sehr fragmentarische Erinnerungen habe. Hierbei verwickelte sich Sch. sehr häufig in Widersprüche. Als ich ihn hierauf aufmerksam machte und ihm erklärte, dass diese Widersprüche ebensowenig krankhaft seien wie sein früheres Verhalten bei den Lese- und Schriftproben, bestätigte er selbst durch seine detailirten Erzählungen in den folgenden Tagen, dass man seiner (scheinbaren) Gedächtnissschwäche keine weitere Bedenken beizumessen brauche.

Sch. erzählte wiederholt, dass er meist zur Nachtzeit die Stimme Gottes höre sowie die der Jungfrau Maria, die ihn auffordern, „fleissig zu beten und brav zu sein, er werde doch bald sterben und komme dann auch in den Himmel". Gott habe er schon oft Nachts vor dem Fenster seiner Zelle gesehen, ein grosser Mann, ganz weiss am Körper, mit einem sehr grossen schwarzen Bart; es waren noch viele Engel bei ihm, feurig, mit weissen Kleidern. Die heilige Maria sei ihm schon mehrmals mit dem Jesuskind am Arm und einem Kranz von Lichtern auf dem Kopf erschienen. Einmal sei ihm auch sein (Sch.) Vater erschienen. Sch. habe mit ihm gesprochen, nachdem ihm der Vater von zu Haus, von der Mutter und den Geschwistern erzählt habe.

Die Frage, ob die erwähnten Gesichts- und Gehörsvernehmungen des Sch. wirklich als halluzinatorische Vorgänge, also als krankhaft aufzufassen sind, muss ich entschieden verneinen. Der Nachweis von krankhaften Sinnestäuschungen ist nicht schon durch die Mittheilung erbracht, dass man Stimmen oder Erscheinungen gehört resp. gesehen hat. Zu dem Wesen der Halluzinationen gehört vor allen Dingen, dass die betr. Person von der Wirklichkeit und Richtigkeit ihrer Sinneswahrnehmungen vollständig überzeugt ist; hieraus ergiebt sich denn ohne Weiteres, dass der Inhalt der Sinnestäuschungen für das ganze Thun und Handeln eines solchen Geisteskranken

massgebend werden muss. Wie ganz anders verhielt sich dagegen Sch.! Abgesehen von der schon gewiss auffälligen Thatsache, dass Sch. mir von seinen Sinneswahrnehmungen ganz von selbst zu einer Zeit erzählte, wo ich im Uebrigen nur auf mehrmaliges eindringliches Fragen Antworten von ihm erhalten konnte, hat auch die wiederholte Beobachtung des Sch. während der Nachtzeit ergeben, dass er stets vollkommen ruhig zu Bett lag und zwar in einer Stellung, in der er nach dem Fenster seiner Zelle gar nicht sehen konnte. Ein Geisteskranker aber, der an Halluzinationen und noch dazu an so lebhaften leidet, wie sie Sch. für sich vorgab, wird einerlei, ob die Halluzinationen angenehmen oder schreckhaften Inhaltes sind, in jeder Hinsicht das gerade entgegengesetzte Verhalten zeigen, da er sich weder intellektuell noch gemüthlich von dem Einfluss seiner Halluzinationen zu emanzipiren vermag.

Es kann sonach kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich bei Sch. nicht um krankhafte Sinnestäuschungen, sondern lediglich um absichtlich produzirte, mehr oder weniger phantastisch ausgeschmückte Vorstellungskomplexe handelte.

Meine Beobachtungen berechtigen mich zu der Annahme, dass weder den intellektuellen und apperzeptiven, noch den oben erwähnten Gedächtnissstörungen die Bedeutung krankhafter Symptome beigelegt werden kann.

Mit dieser Auffassung des Geisteszustandes des Sch. stimmen auch folgende psychiatrische Erwägungen überein: Da Sch. erst kurze Zeit vor dem auf den 30. Juni festgesetzten Gerichtstermin durch sein Benehmen Zweifel an seinem Geisteszustand aufkommen liess, konnte es sich bei ihm überhaupt doch nur um eine akute psychische Störung handeln. Die von Sch. vorgetäuschte Psychose erscheint als ein Zerrbild der akuten Stupidität oder Vemenz, einer Krankheitsform, deren Hauptsymptome intellektuelle und motorische Hemmungszustände sind. Aber auch diese Psychose zeigt, wie überhaupt jede Form von Geistesstörung, einen nach bestimmten Gesetzen sich entwickelnden Verlauf, in welchem gewisse Erscheinungen nicht fehlen dürfen und gewisse andere nicht vorkommen können. Ein Geisteskranker z. B., welcher an so hochgradigem Blödsinn leidet, wie dies Sch. mit mehr oder weniger Geschick zur Schau trug, kann wohl auch die Zahlen, die Namen seiner Angehörigen etc. etc. vergessen, er wird aber dann auch nicht die Frage nach diesen Dingen verstehen und auffassen, — am wenigsten in der Weise, wie dies Sch. gethan hat. In grossem Kontrast steht ferner mit der anfangs gezeigten Interesselosigkeit und psychischen Apathie die unmittelbare Reaktion des Sch. auf meinen oben erwähnten Vorhalt vom 27. Juli. Des Weitern äussern sich die Geisteskrankheiten nicht blos in psychischen Störungen, sondern auch in entsprechenden körperlichen Symptomen, welche jedoch bei Sch. vollständig fehlten. Die vorgetäuschte starre, stumpfsinnige Physiognomie, sowie die gebückte, schlaffe Körperhaltung beweisen bei Sch. aus leicht erklärlichen Rücksichten gar nichts. Gefehlt haben eine Reihe von körperlichen Krankheitserscheinungen, wie sie gerade bei akuten Geistesstörungen sehr allgemein sind; ich erinnere z. B. an die Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme, Cirkulationsanomalien etc. etc.

Sch. litt nach der bei seiner Mutter erhobenen Anamnese in seiner Jugend an epileptischen Krampfzuständen. Obwohl meine anderweitigen Erkundigungen nach dieser Richtung resultatlos blieben, will ich die Richtigkeit dieser Angabe nicht bezweifeln, um so weniger, als Sch. zwar nicht die bei Epileptikern häufigen Bissnarben der Zunge hat, wohl aber verschiedene andere Symptome, die sich bei der hier in Rede stehenden Neurose gewöhnlich vorfinden, ohne jedoch, wie ich beifügen will, für dieselbe pathognostisch zu sein: ungleiche Innervation der mimischen Gesichtsmuskulatur, fibrillares Muskelzucken, Tremor der Zunge und der Extremitäten, Alkoholintoleranz.

Den Mittheilungen der Mutter über die epileptischen Anfälle ihres Sohnes kann ich jedoch für die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit deswegen keine Bedeutung beimessen, da bei dem Sch. nach dem Ergebniss meiner Exploration nicht nur die klinischen Symptome psychischer Degeneration auf epileptischer Basis vollständig fehlen, sondern auch in Uebereinstimmung mit meinem bezüglichen negativen Befund das Verhalten des Sch. vor, während und nach der inkulpirten Handlung die Annahme ausschliesst, dass sich derselbe bei Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen in einem Zustand von krankhafter Störung seiner Geistesthätigkeit befunden habe, wodurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.*)

Nachtrag. Im zweiten Termine erklärte p. Sch. mit Flüsterstimme, er könne wegen heftiger Schmerzen im Hals nur ganz leise sprechen. Die bezügliche Untersuchung ergab vollständig negatives Resultat. Weder während besagter Gerichtsverhandlung, noch später zeigte Sch. irgend welche Auffälligkeiten, welche auch nur den Verdacht auf eine Psychose hätten wachrufen können. Bereits am folgenden Tage nach der Verhandlung sprach p. Sch. wieder mit lauter Stimme. Auf Vorhalt seines Benehmens im hiesigen Provinzialarresthaus während seiner Untersuchungshaft gab er an, „sich auf das Einzelne nicht mehr so genau erinnern zu können".

Referate.

Ueber den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose.

Von Dr. Paul Guder-Laasphe.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen, 1894.)

Verfasser giebt in dieser vorzüglichen Arbeit eine umfassende Zusammenstellung von Auszügen aus sämmtlichen Originalarbeiten über den Zusammenhang zwischen Verletzungen und Tuberkulose, ein Thema, welches für zahlreiche Begutachtungen von Unfallverletzungen von der grössten Bedeutung ist, weil gerade diese Fälle ausserordentlich oft streitig werden. Bei der fast ubiquitären Verbreitung der Tuberkelbazillen, bei der Latenz der Infektion und der Initialstadien der menschlichen Tuberkulose gelingt es nur ausnahmsweise den Nachweis zu führen, wo und wie sich ein Phthisiker infizirt hat. Um so wichtiger ist es, die Erfahrungen ähnlicher oder gleicher Fälle heranzuziehen um danach sich ein eigenes Urtheil zu bilden, wie aus den näheren Umständen des einzelnen Falles die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen seien.

Verfasser führt im ersten Theile seiner Arbeit sämmtliche in der Literatur auffindbaren Fälle von Inokulationstuberkulose an, wie sie nach den einzelnen Berichten entstanden sind durch infizirte Instrumente oder infizirte scharfe Gegenstände, oder bei verletzter Haut durch die Berührung mit infizirten Stoffen, wie z. B. Wäsche von Tuberkulösen oder durch sonstige nahe Berührung Tuberkulöser. Hierher werden auch gerechnet die Fälle von Tuberkulose des Präputiums nach der rituellen Beschneidung, wie sie zahlreich beschrieben sind; ferner die Fälle von sogenannten „Leichentuberkeln" und die tuberkulösen Hauterkrankungen in Form von Lupus oder Eczemen, wie sie nach Annahme der Autoren durch Infektion entstanden wären. — Nach genauer Prüfung der mitgetheilten

*) Der Gerichtshof schloss sich meinem Gutachten an und verurtheilte den P. Sch. als Zusatz zu der im Jahre 1893 von der Strafkammer dahier erkannten Zuchthausstrafe von 2 Jahren zu 9 Monaten Zuchthaus und 150 Mark Geldstrafe.

Beobachtungen zeige es sich, dass es sich viel seltener um Infektion einer frischen Wunde handelt, sondern meist um Wunden, welche nicht zweckmässig behandelt sind, oder um chronische Ulzerationen, überhaupt um Gewebsverletzungen, bei denen ohne Frage die Energie der reaktiven und reparativen Gewebswucherung eine minimale geworden ist, oder bei Individuen, bei denen in Folge einer vorhergegangenen Erkrankung die vitale Reaktion herabgesetzt ist. Wenn man einerseits die unzählige Menge kleiner Verletzungen der Haut ins Auge fasst und andererseits bedenkt, dass sich ganz analoge tuberkulöse Hautaffektionen auch ohne jegliche Verletzung bei ebenfalls sonst anscheinend völlig gesunden Personen entwickeln, so wird man in vielen der angeführten Fälle doch schwankend werden müssen, ob wirklich eine äussere Infektion mit Tuberkelbazillen die Tuberkelbildung veranlasste. Das Trauma könnte ja auch hier die Fixirung und Ansiedelung von etwaigen, im Blute zirkulirenden Tuberkelbazillen begünstigt haben, wie das z. B. zweifellos für viele Fälle von nach traumatischen Anlässen sich entwickelnden tuberkulösen Gelenkentzündungen, deren Träger ebenfalls keinerlei Zeichen sonstiger tuberkulöser Erkrankungen erkennen lassen, angenommen werden muss. Immerhin könnte durch die Beobachtungen als festgestellt erachtet werden, dass es eine lokale Inokulationstuberkulose der Haut giebt. Aber die geringe Disposition des Hautorgans zur Aufnahme des tuberkulösen Giftes ist, abgesehen von experimentellen Ergebnissen, bewiesen durch die Seltenheit der Hauttuberkulose bei Menschen, die vermöge ihres Berufes vielfach und fast alltäglich mit tuberkulösen Produkten in Berührung kommen, durch Seltenheit der Hauttuberkulose bei Phthisikern. — An die Hauttuberkulose reiht Verfasser alsdann die in der Literatur verzeichneten Fälle von Tuberkulose und Lupus der Konjunktiva, von Tuberkulose der Mundschleimhaut, der Nasenschleimhaut, der Genitalien, endlich führt er auch einen Fall von Infektion einer penetrirenden Gelenkwunde und von penetrirenden Brustwunden an, die zu Lungentuberkulose führten.

Im zweiten Theile seiner Arbeit bespricht Verfasser die für die Begutachtung ganz besonders wichtigen Kontusionstuberkulosen; auch hier giebt er eine erschöpfende Aufzählung nebst Auszügen aus den einschlägigen literarischen Arbeiten und verwendet dieselben zu einem einheitlichen Bilde von dem Stande unserer Kenntnisse über diesen Gegenstand. Dem Trauma sei eine hohe Bedeutung für die Aetiologie der tuberkulösen Prozesse in den Knochen und Gelenken beizulegen; das könnte man entnehmen aus den diesbezüglichen Arbeiten von König, Billroth, Schüller, Volkmann, Krause u. A. Er hebt die merkwürdige und grundsätzlich wichtige Beobachtung hervor, dass gewöhnlich nur leichtere Traumen Gelenk- und Knochentuberkulose hervorrufen. Schüller's Experimente sprechen dafür, „dass eine Kontusion genügt um beim Vorhandensein des Bazillus innerhalb oder ausserhalb des Körpers Tuberkulose der kontundirten Gelenke zu erzeugen." — Alsdann bespricht er die in der Literatur veröffentlichten Fälle von tuberkulöser Meningitis, deren Entstehung auf ein Trauma zurückzuführen war, und berührt auch die forensisch höchst wichtige Frage, welche Zeit wohl als erforderlich zu erachten sei zur Entwickelung einer tuberkulösen Meningitis nach einem Trauma. Wenn auch Koch und Baumgarten für die Entwickelung der tuberkulösen Knötchen in den Hirnhäuten nach einem Trauma eine gewisse Zeit fordern, so seien doch auch Fälle beobachtet, in welchen sehr rasch nach einem Trauma sich eine Meningitis entwickelt hätte, die sich auf dem Leichentische als tuberkulös gezeigt. Diese Fälle seien nach einigen Autoren dann so zu erklären, dass zur Zeit des Trauma's bereits erkennbare Tuberkeleruptionen in den Gehirnhäuten vorhanden gewesen sind, die durch das Trauma den Anlass zu schnellerem Fortschreiten empfangen haben; es handelte sich dann also um latente Tuberkulosen, bei denen durch das Trauma die Lokalisation der Tuberkelbazillen im Gehirn entweder hervorgerufen, oder wenn schon vor dem Trauma in latenter Form vorhanden, zur manifesten Entwickelung gesteigert wird. — Sehr wichtig ist auch ein von Leyden beobachteter Fall von Tuberkulose der dura mater spinalis nach einer heftigen Kontusion durch einen Eisenbahnunfall (aus dem Jahre 1878). — Ebenso interessant ist auch ein Fall von primärer tuberkulöser Erkrankung der Pleura nach einem Trauma (von Lustig beschrieben). — Bevor der Verfasser dann auf die Kontusionstuberkulose der Lunge eingeht, erwähnt er auszugsweise die literarischen Arbeiten über die Kontusionspneumonien. Zuerst zitirt er die früheren Arbeiten der französischen Autoren, und dann die rühmlichst bekannten Abhandlungen Litten's über die durch Kontusion erzeugten Erkrankungen der Brustorgane. Litten konstatirte die so wichtige und weittragende Thatsache, dass örtlich erkennbare Zeichen einer Quetschung der Kontusion des Brustkorbes gänzlich fehlen können selbst in solchen Fällen, in denen höchst bedenkliche ja selbst letal endende Zustände der Lungen dem Trauma folgten. Die häufigste Folge der Kontusion der Lunge sei die Blutung, auch die verhängnissvollste; sie manifestirt sich durch blutiges Sputum; aber keineswegs hätte man aus dem Fehlen der Hämoptoe den Schluss zu ziehen, dass keine Verletzung der Lunge stattgefunden hat. Nachdem der Verfasser noch die weiteren Beobachtungen über traumatische Lungenerkrankungen aus der sehr reichlichen Literatur darüber zusammengestellt hat, wobei er zahlreiche forensisch höchst wichtige Fälle ausführlich aus den Arbeiten der Autoren zitirt, geht er besonders ein auf die Abhandlungen Brehmers, Ballinger's und Mendelssohns über die Bedeutung des Trauma's für die Entstehung der Lungentuberkulose. Mit dem letztgenannten Autor kommt der Verfasser zu dem Schluss, dass die traumatische Aetiologie der Lungentuberkulose keine seltene sei; das beweise die relativ grosse Zahl von Fällen der wenigen Autoren, die ihr Beachtung geschenkt haben. Der Grund des Uebersehens des traumatischen Ursprungs der Phthise in den zutreffenden Fällen läge wohl darin, dass die Kranken nach dem Unfall sofort auf die chirurgische Station gebracht werden, von wo sie, sobald die unmittelbaren Folgen des Trauma's (Blutung, Verletzung u. s. w.) geheilt sind, entlassen werden; später aber, wenn die Tuberkulose sich entwickelt, denken sie nicht mehr an ihren Unfall oder schreiben ihn doch keine Schuld zu. (Dieses von Mendelsohn betonte Verhältniss dürfte seit Inkrafttreten der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung nicht mehr zutreffend sein, sich sogar eher in das Gegentheil verändert haben, denn nur zu oft geben Lungenkranke bei der Verfechtung ihrer Rentenansprüche an, dass sie vor kürzerer oder längerer Zeit einen nicht mehr festzustellenden Stoss gegen die Brust erhalten hätten. Ref.) In Bezug auf die Einwandung und Fortentwickelung der Tuberkelbazillen kämen besonders in Betracht die Verletzungen der Lungen selbst, wie sie durch Kontusionen veranlasst werden, auch wenn äusserlich keine Spur einer Verletzung vorliegt. Durch diese Wunden der Lunge sei das Thor geöffnet, durch das die Bazillen eindringen können; zu diesen Wunden käme dann die Blutung, welche entweder nur eine Infiltration des Lungengewebes oder eine Ansammlung in den zerstörten Partien bildete, wodurch für die Bazillen der beste Nährboden geschaffen würde; ferner fänden sich nach Traumen der Brust Entzündungen, Pleuritis, Pneumonie, Gangrän, und auch bei diesen und anderen entzündlichen Zuständen fände der Bacillus seinen Nährboden durch die Hyperämie. So bieten die Kontusionen der Lunge alle günstigen Bedingungen für die Einwanderung und Entwickelung der Bazillen.

Der Verfasser betont dann mit Mendelsohn die forensische Bedeutung der traumatischen Phthise, nachdem nun einmal durch eine zunehmende Erfahrung die Existenz derselben in Fällen von geeigneter Anzahl bekannt geworden, und führt das Wort dieses Autors an: „Sich in derartigen Fällen hinter den Bazillus zu verstecken und zu sagen, er und nicht das Trauma mache die Tuberkulose, ist wohlfeil, aber unzutreffend — es ist zwar die Kugel, welche tödtet, die Veranlassung ist jedoch immer der Schütze.“ Gegenüber den Einwänden, welche gegen die Auffassung, dass die Einwanderung der Bazillen wirklich erst nach dem Trauma erfolgt ist, vorgebracht werden, und welche diese Möglichkeit als eine nicht bewiesene und sehr unwahrscheinliche ansehen und sich vielmehr auf „alle, vielleicht nicht nachgewiesene Herde“ in den Lungen beziehen, beruft sich Verfasser am Schluss seiner Arbeit auf Fröhlich, welcher sich in einem Aufsatz über Militärinvalidität und Lungenschwindsucht dahin ausspricht, dass es für die Versorgungsberechtigung nicht allein darauf ankäme, dass eine Krankheit durch eine dienstliche Thatsache erzeugt sein muss, sondern dass auch mit gleichem Recht Invalidität anzunehmen sei, wenn die Krankheit durch dienstliche Umstände bis zu dem Grade, welcher die Dienstfähigkeit ausschliesst, verschlimmert worden ist. (Bekanntlich hat auch das Reichs-Versicherungs-Amt in mehrfachen Rekursentscheidungen den Grundsatz ausgesprochen, dass bei Unfallverletzungen die Verschlimmerung eines schon vorher vorhandenen Leidens gleichbedeutend sei mit der Entstehung eines neuen Leidens, und dass daher diese Verschlimmerung eines älteren Leidens, falls sie nachweisbar durch die Folgen des Unfalls hervorgebracht ist, die Berufsgenossenschaften nicht von ihrer Entschädigungspflicht entbinde. Ref.) —

Die Guder'sche Arbeit bildet eine sehr werthvolle Bereicherung der für die gutachtliche Thätigkeit des Arztes verwendbaren Literatur. B.

Der Mechanismus der Rippenbrüche.

Von Dr. Ferdinand Bähr-Hannover.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.)

Anschliessend an einzelne Fälle erörtert der Verfasser den Mechanismus der Rippenbrüche, insbesondere den der indirekten. Er macht zunächst darauf aufmerksam, dass jede einzelne Rippe in ihrer Form und ihrer anatomischen Beziehung zur Nachbarschaft besondere Verhältnisse darbietet. Das Sternum ruhe auf den Rippenbögen, gleichsam wie eine Kutsche älterer Konstruktion in ihren Federn hing; hier würden die in sagittaler Richtung einwirkenden Gewalten den Bruch der Rippen fast immer indirekt durch die Vermittelung des Sternum verursachen. Die Leichenexperimente am Thorax könnten nur mit allerlei Einschränkungen zur Grundlage einer Lehre über den Mechanismus der Rippenbrüche gemacht werden. — Für die indirekten Rippenfrakturen gäbe es gewisse Prädilektionsstellen, das sind diejenigen, an welchen normaler Weise schon eine Knickung vorhanden ist, hinten der angulus costae, vorn die Uebergangsstelle in den Knorpel; in der Nähe dieser Punkte halten sich die indirekten Frakturen, der dritte Punkt liegt vor dem Gelenk mit dem processus transversus, wo die Rippe aus der festen Gelenkverbindung heraustritt. — Indirekte Brüche der Rippen könnten ferner entstehen durch Vermittelung der Scapula dadurch, dass das Schulterblatt in Folge der auf es einwirkenden Gewalt den Rippenbogen nach vorn schiebt und den vorderen Winkel forcirt. Bei Gewalten, welche einen Bruch im vertebralen Stück der Rippe veranlassen, wird die scapula meist selbst zu Schaden kommen. Indess glaubt er eine Fraktur oder zum Mindesten eine Infraktion bei Wirkung auf die scapula ohne Verletzung dieser selbst nicht ausschliessen zu können, wenigstens sprächen dafür die Fälle, wo über heftige Schmerzen geklagt wird, welche unter die scapula verlegt werden bei Maugel des Nachweises einer Fraktur an dieser. — Weiter entständen indirekte Rippenfrakturen dadurch, dass der Oberarm bei seitlicher Kompression auf den Rippenbogen gepresst wird. Schliesslich können indirekte Frakturen der Rippen dadurch erzeugt werden, dass Gewalten durch die Clavicula an die Rippen übertragen werden. Die Kombination von Schlüsselbeinbrüchen mit Rippenfrakturen ist vielfach beobachtet. — Die Petit'sche Theorie der Rippenbrüche präzisirt Bähr dann, indem er den Satz aufstellt: „Die Fraktur nach aussen — bei welcher die Rippe dadurch bricht, dass sie nach aussen gebogen wird — ist in der Regel eine indirekte, die Fraktur nach innen eine direkte“. — Im Weiteren giebt er eine Zusammenstellung von 34 Fällen von Rippen- und Rippenknorpelbrüchen durch Muskelzug, von welchen nur 8 durch starke Arbeitsbewegungen, wie Bücken mit einer schweren Last entstanden waren, während fast alle übrigen durch Hustenanfälle verursacht wurden. — Nachdem B. so die wesentlichsten Formen der Entstehung der Rippenbrüche besprochen hat, betont er den praktischen Nutzen dieser Erwägungen, der darin liegt, dass wir uns in manchen Fällen aus der Art der Fraktur, insbesondere deren Sitz einen gewissen Aufschluss über deren Entstehung werden geben können; wir werden ferner bei einzelnen Vorkommnissen eine Rippenverletzung mit Wahrscheinlichkeit annehmen können wo deren objektive Symptome nicht zu konstatiren sind. — Endlich bemerkt der Verfasser, dass er den Werth der indirekten Palpation (Schmerzhaftigkeit der Bruchstelle bei Druck auf eine entfernte Stelle des Rippenbogens) als differentialdiagnostisches Moment zur Unterscheidung von Kontusion und Fraktur nicht allzuhoch anschlage, denn Kontusion, Infraktion, Bruch der inneren, der äusseren Tafel allein, völliger Bruch ohne Dislokation zeigen untereinander vielfache Uebergänge. — Bähr hat durch diese Abhandlung einen ausserordentlich werthvollen Beitrag geliefert nicht nur für die Beurtheilung von Unfall-Verletzungen, bei denen Rippenbrüche erkannt und unerkannt vielfach vorkommen, sondern auch für die gerichtlich-medizinische Würdigung derselben im Allgemeinen. — B.

Die Bedeutung der Knochenfissuren für die Unfall-Verletzungen.

Von Dr. Ferdinand Bähr in Hannover.

(Centralblatt für Chirurgie, 1894, No. 44.)

Der Verfasser regt in anerkennungswerther Weise mit Rücksicht auf einige praktische Erfahrungen das Kapitel der Knochenfissuren an. Manche Fälle schwerer konsekutiver Funktionsstörungen eines Gelenks nach einem Trauma, wo aus dem objektiven Befunde nur die Diagnose einer Kontusion oder Distorsion zu stellen war, dürften durch die Annahme einer Fissur eine Erklärung finden. Besondere Bedeutung werden die Fissuren für die Unfallverletzungen der untern Extremität gewinnen müssen, da hier ihre nachtheiligen Folgen schon für das Stehen und Gehen zur Wirkung kommen. — Dieselben seien keineswegs so seltene Ereignisse, wie es nach ihrer Behandlung in der Literatur scheinen möchte; vor Allem verdienen die Fissuren der Gelenkenden der unteren Extremitäten grössere Beachtung wegen ihrer grösseren Häufigkeit. In einzelnen Fällen, wo sonst der objektive Befund ein geringfügiger war, fand B. bei unterstützenden Nebenumständen eine exquisite Perkussionsschmerzhaftigkeit. — B. macht im Hinblick auf die Knochenfissuren die sehr beherzigenswerthe Bemerkung: „Wenn wir heute, bei der theilweise einseitigen Betonung der Simulation, Fälle sehen, wo nach Einwirkung eines Traumas auf ein Gelenk angeblich schwere Funktionsstörungen vorhanden sind bei völligem Fehlen deutlicher objek-

tiver Veränderungen, so darf die Simulation nicht angenommen werden, weil der objektive Befund ein negativer ist, sondern erst dann, wenn wir nach gewissenhafter Prüfung alle Möglichkeiten ausgeschlossen haben, welche eine Erklärung für die Angaben des Verletzten abgeben könnten. B.

Ueber innere Erkrankungen des Intestinaltractus, speziell des Darmes, nach Unterleibstraumen.

Inaugural-Dissertation von Dr. F. Epstein.
(Leipzig, A. Edelmann, 1894.)

Verfasser bemerkt mit Recht, dass gegenüber Traumen, sei es direkter, sei es indirekter Art, dem Organe des Unterleibes im Vergleich zu denen der übrigen Körperhöhlen in Folge ihrer anatomischen Lageverhältnisse eine ganz besondere Stellung einnehmen. Die tödtlichen Verletzungen dieser Theile und ebenso die penetrirenden Bauchwunden hätten von Seiten der Chirurgie in der gerichtlichen Medizin seit langer Zeit eingehende Bearbeitung gefunden. Hier seien die Folgen offenkundig. Anders stände es mit manchen Folgeerkrankungen, die sich an nicht perforirende Verletzungen anschliessen und namentlich mit den sich allmählich entwickelnden und chronisch verlaufenden Erkrankungen; einerseits deshalb, weil die Diagnose selbst in diesen Fällen oft bedeutende Schwierigkeiten bietet, andererseits, weil die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges, welche heute für die Unfallversicherung von einschneidender praktischer Bedeutung sei, mit der Länge der Zeit, welche zwischen Trauma und Erkrankung verflossen ist, erheblich schwieriger wird. Verfasser erörtert daher nach einer kurzen Betrachtung des übrigen, an der Bauchhöhle gelagerten Theiles des Intestinaltractus, speziell den traumatischen „inneren“ Erkrankungen des Darmes an der Hand der bisher veröffentlichten Kasuistik und führt gleichzeitig einige noch nicht publizirte, hierher gehörige Fälle an. Er berichtet zuerst über vier Fälle von traumatischer Enteritis mit Bildung von Narbenstenosen. In allen diesen Fällen schloss sich die Enteritis unmittelbar an das Trauma, und letzteres bestand in Tritt vom Pferde auf den Leib, Fall auf den Bauch, Fall von der Treppe und Ueberfahrenwerden; in drei Fällen wurde die Diagnose durch die Sektion, in einem durch die Operation bestätigt. — Alsdann berichtet er über traumatische Darmaffektionen mit Betheiligung des Peritoneums; hier spielt besonders die traumatische Typhlitis, Peri- und Paralyphlitis eine Rolle; davon führt er sechs Fälle leichterer Art mit Ausgang in Heilung aus der Breslauer Klinik an, ferner 12 weitere Fälle aus der Literatur, von denen einige ebenfalls das Coecum bezw. den processus vermiformis zum Ausgangspunkte hatten, und theils zu tödtlichen Blutungen, theils zu gangränösem Zerfall von Darmtheilen und zu anus präternaturalis führten. — Ferner erwähnt er die traumatische Darmlähmung und Invagination, welche von verschiedenen Autoren erwähnt worden, wenn er auch zweifelloses kasuistisches Material dazu nicht beibringt. — Endlich berichtet er über vier ganz aussergewöhnliche Fälle, in denen es sich um Abstossung und Ausstossung ganzer Theile des Intestinaltractus in Folge traumatischer Enteritis handelte. B.

Ulcus ventriculi et duodeni traumaticum.

Inaugural-Dissertation von Dr. Paul Müller.
(Breslau, 1894.)

In dieser sehr hübschen Arbeit stellt der Verfasser den Satz voran, dass Hyperacidität des Magensaftes, schlechte Blutbeschaffenheit und umschriebene Cirkulationsstörungen mit daraus resultirenden Gewebsläsionen die ursächlichen Komponenten für die Entstehung von Magengeschwüren seien, und dass für die letztere Ursache das Trauma eine bedeutende Rolle spiele. Zum Beweise der Richtigkeit dieser Deduktion führt Verfasser zuerst die Thierexperimente von Vanni und von Ritter auf und dann die in der Literatur verzeichneten klinischen Beobachtungen u. s. w., drei Fälle von Duplay, einen von Vanni, zwei von Lebert und vier aus der Liebeschen Klinik. In den klinisch beobachteten Fällen bestanden die Traumen meist in Stössen gegen die Magengegend oder in einem Fall mit der Magengegend gegen eine Tischkante oder dergl. An diese Fälle aus der Literatur reiht dann der Verfasser 2 von ihm selbst beobachtete Erkrankungen von Magengeschwür auf traumatischer Grundlage; im ersten Falle traten bei einem vorher völlig gesunden Manne nach einem Falle, bei welchem der Betreffende mit ziemlicher Vehemenz auf den harten Boden zu stehen kam, im Anschluss an die Erschütterung intensive Schmerzen im Unterleibe auf und am Tage nachher Blutbrechen und alle Erscheinungen eines Magengeschwürs. Im zweiten vom Verfasser beobachteten Falle fiel ein ganz gesunder 50jähriger Mann von einer Leiter und schlug mit der Magengegend 2—3 Meter hoch gegen die Kante eines treppenähnlichen Aufsatzes auf; danach Bewusstlosigkeit, Blutbrechen und dann heftige Schmerzen in der Magengegend. Daran schlossen sich alle Symptome eines Magengeschwürs, welches nunmehr seit 5 Jahren besteht und im Verlaufe dessen sich etwa alle 2 Monate Blutbrechen eingestellt hat. Dieser Verletzte wurde zweimal als Simulant mit seinen Ansprüchen abgewiesen, bezieht aber jetzt eine Rente von 50 Prozent. — Von verbürgten Fällen von traumatischem Duodenalgeschwür, über deren Auffassung Zweifel überhaupt nicht aufkommen können, hat Verfasser nicht einen einzigen in der Literatur verzeichnet gefunden; er erwähnt nur kurz einige Berichte über Sektionsbefunde, bei welchen der Tod veranlasst worden war durch Perferation von schon früher bestandenen Duodenalgeschwüren nach Traumen des Unterleibes. B.

Gesetzliche Bestimmungen.

Neuere Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie über deren Entmündigung und Bevormundung.

(Mitgetheilt vom Medizinal-Rath Dr. Rapmund-Minden.)

Im Königreich **Bayern** ist durch Runderlass des Minister des Innern vom 1. Januar d. J. bestimmt, dass die von Seiten der Polizeibehörden im Interesse der öffentlichen Sicherheit für nothwendig erachtete Unterbringung von Geisteskranken und Blödsinnigen in Irrenanstalten u. s. w. nur nach erschöpfender Sachinstruktion in Form eines mit Gründen versehenen Beschlusses ausgesprochen werden darf. Diese Beschlussfassung hat grundsätzlich die Vernehmung des gesetzlichen Vertreters der unterzubringenden Person und, soweit als thunlich, auch diejenige der Person selbst vorauszugehen; ausserdem ist der behandelnde Arzt von der Behörde zur Sache zu vernehmen. Desgleichen darf die Beschlussfassung nur auf Grund eines bezirksärztlichen Gutachtens erfolgen, das ausnahmslos erst nach persönlicher Untersuchung der unterzubringenden Person durch den zuständigen Amtsarzt zu erstatten ist. Hat die Unterbringung im öffentlichen Interesse schon vor der Beschlussfassung erfolgen müssen, so ist diese thunlichst zu beschleunigen. Ist ein gesetzlicher Vertreter des betreffenden Geisteskranken oder Blödsinnigen nicht vorhanden, so ist der zur Stellung der Entmündigungsantrages zuständige Staatsanwalt von der Sachlage in Kenntniss zu setzen und das Entmündigungsverfahren erforderlichen Falls einzuleiten. — Bei dem Wegfalle der für die Unterbringung oder sonstigen Verwahrung der geisteskranken

Person seiner Zeit massgebend gewesenen Voraussetzungen, ist die Entlassung derselben herbeizuführen. Darauf bezügliche Anträge sind von den Direktoren der Irrenanstalten, bezw. betreffs der nicht in Irrenanstalten, sondern anderweitig verwahrten Personen von den Bezirksärzten, bei den zuständigen Distriktspolizeibehörden zu stellen; etwaige Gesuche der gesetzlichen Vertreter oder der Geisteskranken selbst sind hierbei in sachgemässe Würdigung zu ziehen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Das Schiedsgericht hatte die Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft zur Rentenzahlung an den Comptoirboten Karl Matthesius zu Apolda verurtheilt. Gegen diese Entscheidung legte die Beklagte Rekurs ein, dessen Zurückweisung vom Kläger beantragt wurde. Er behauptet noch immer, an Kopfschmerz zu leiden und tritt Beweis dafür an, dass seine immer mehr zunehmende Sehschwäche durch einen Unfall verursacht worden sei. In seiner Entscheidung führte das Reichsversicherungsamt folgendes aus: Dem Kläger ist durch den Bescheid vom 6. August 1891 die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt, später aber durch Bescheid vom 2. Januar 1893 auf 80 Prozent herabgesetzt, dieser Bescheid auch rechtskräftig geworden. Gegenwärtig handelt es sich um die weitere Herabsetzung der Rente von 80 auf 30 Prozent, welche durch Bescheid vom 14. September 1893 ausgesprochen worden ist. Dem Bescheide vom 6. August 1891 liegt ein Gutachten des Professors Dr. Flechsig zu Leipzig vom 15. Juli 1891 zu Grunde, worin der Kläger mit Rücksicht auf seinen, vornehmlich in einer Nervenerkrankung und einem Augenleiden hervortretenden ungünstigen körperlichen Gesammtzustand für gänzlich erwerbsunfähig erachtet war. Der ursächliche Zusammenhang der Augenkrankheit mit dem Unfalle ist deshalb nicht mehr Gegenstand des Streits, vielmehr ist die Beklagte an den erwähnten Bescheid insoweit gebunden, als sie für die durch das Augenleiden bewirkte Erwerbsunfähigkeit dauernd einzustehen hat; sie kann also die Herabsetzung der Rente nicht dadurch begründen, dass in einem späteren abweichenden ärztlichen Gutachten der ursächliche Zusammenhang der Augenkrankheit mit dem Unfalle für ausgeschlossen erklärt wird. Die Schätzung des Professors Dr. Flechsig in dem neueren Gutachten vom 5. September 1893 konnte deshalb der anderweiten Rentenfeststellung nicht zu Grunde gelegt werden. Denn sie beruht im Wesentlichen darauf, dass die Sehschwäche des Klägers nicht mehr als Unfallsfolge, sondern als eine vom Unfalle unabhängige Altersveränderung angesehen und daher bei der Abmessung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ausser Betracht gelassen wurde. Uebrigens hat der Professor Dr. Wagenmann, Direktor der Augenklinik zu Jena, ein auf dem Gebiete der Augenheilkunde besonders erfahrener Sachverständiger, in dem Gutachten vom 4. August 1894 wenigstens den mittelbaren ursächlichen Zusammenhang der Sehstörungen des Klägers mit dem Unfalle nicht für unbedingt ausgeschlossen erachtet. Die Entscheidung hängt sonach lediglich ab von der Frage, ob in dem körperlichen Gesammtbefinden des Klägers seit dem Erlasse des Bescheides vom 2. Januar 1893 eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Die unmittelbar durch den Unfall verursachte Nervenkrankheit hat nun, wie sich aus den vorliegenden Attesten ergiebt, eine entschiedene Besserung erfahren. Bezeugt auch Professor Dr. Flechsig ausdrücklich nur den Eintritt einer Besserung seit der Ausstellung seines früheren Gutachtens vom 15. Juli 1891, so ist doch bei dem von ihm und dem Professor Dr. Wagenmann bescheinigten allmählichen Fortschreiten der Heilung die Annahme gerechtfertigt, dass auch seit der Rentenfestsetzung vom 2. Januar 1893 die Krankheitserscheinungen nicht unwesentlich nachgelassen haben. Von der früheren anhaltenden starken Gemüthsdepression ist nach dem neueren Gutachten des Professors Dr. Flechsig nichts mehr wahrnehmbar. Der Kläger ist geistig freier, die Funktionsstörungen in den Sinnesorganen sind beseitigt, der Kopfschmerz hat abgenommen. In Uebereinstimmung hiermit bezeichnet Professor Dr. Wagenmann die einzelnen noch vorhandenen nervösen Erscheinungen als nicht mehr erheblich. Der Rentenfestsetzungsbescheid vom 2. Januar 1893, durch welchen die Rente auf 80 Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit herabgesetzt wurde, beruhte nun auf keiner anderen Grundlage, als auf einer Bescheinigung des Arbeitgebers, wonach der Kläger einen Arbeitslohn von 10 Mark monatlich erziele. Ist daher anzunehmen, dass damals noch die nervösen Erscheinungen, wie sie sich aus dem Atteste des Professors Dr. Flechsig vom 15. Juli 1891 ergeben, im Grossen und Ganzen als fortbestehend angesehen wurden, so muss auch eine wesentliche Veränderung der damals als massgebend unterstellten thatsächlichen Verhältnisse für dargethan, und deshalb die weitere Rentenherabsetzung gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetzes für gerechtfertigt erachtet werden. Für die Feststellung des Grades der gegenwärtigen Erwerbsunfähigkeit des Klägers war aber nicht die das Augenleiden völlig ausscheidende und deshalb der Rechtslage nicht entsprechende Schätzung des Professors Dr. Flechsig, sondern das den gesammten körperlichen Zustand des Klägers berücksichtigende, ausreichend begründete Gutachten des Professors Dr. Wagenmann vom 4. August 1894 massgebend, und demgemäss die Entschädigung des Klägers seit dem Tage des Inkrafttretens des angefochtenen Bescheides auf $66^2/_3$ Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit festzusetzen. m.

Der Platzmeister Günther aus Dresden hatte einen Unfall erlitten und eine Rente erhalten. Seinen Rekurs behufs Erhöhung der Rente lehnte das Reichs-Versicherungsamt mit folgender Begründung ab: Kläger erlitt im Dezember 1889 in Folge eines Betriebsunfalls einen Bruch des linken Unterschenkels. Zuerst wurde ihm von der Beklagten die volle Rente gewährt, im Juni 1890 aber auf 50 Prozent herabgesetzt. Die Berufung wurde durch Vergleich erledigt. Auf Grund eines Gutachtens des Dr. Honecker vom Oktober 1893 wurde die Rente eingestellt. Das Reichs-Versicherungsamt sprach am 4. November 1892 dem Kläger 25 Prozent Rente zu. Bald danach verlangte Kläger 50 Prozent Rente. Der Kläger legte ein Gutachten vom Hofrath Dr. Rupprecht und ein solches des Dr. Engelmann vor. Der Anspruch des Klägers wurde aber in allen Instanzen als unbegründet zurückgewiesen. Schon am 24. Juni 1893 trat Kläger von Neuem mit dem mit dem Anspruch auf Erhöhung der Rente auf 50 Prozent an die Beklagte heran. Im neuen Streitverfahren sind vom Kläger ein Gutachten des Dr. Zeumer und ein solches des Dr. Engelmann und von der Beklagten zwei Gutachten des Hofrath Dr. Honecker vorgelegt worden. Der Anspruch des Klägers ist aber nicht begründet. Das Rekursgericht hat am 13. Juni 1893 die auf den Unfall vom 13. Dezember 1889 ursächlich zurückzuführende Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf 25 Prozent geschätzt. Bei dieser Schätzung sind die vom Kläger vorgelegten Gutachten des Hofraths Dr. Rupprecht und des Dr. Engelmann vom Juni 1893 berücksichtigt worden. Wenn Kläger einen Anspruch auf Erhöhung dieser Rente erfolgreich geltend machen wollte, so hätte er den Nachweis erbringen müssen, dass seit Erlass jener Rekursentscheidung vom

Juni 1893 in seinem körperlichen Zustande eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist. Augenscheinlich beabsichtigt Kläger mit seinen neuen Anträgen lediglich eine Abänderung des endgiltigen Urtheils des Reichs-Versicherungsamts vom Juni 1893 herbeizuführen. Auf das Gutachten des Hofraths Dr. Rupprecht vom Dezember 1892 kann sich Kläger nicht mehr berufen, weil dieses in dem durch Rekursentscheidung vom 13. Juni 1893 abgeschlossenen Verfahren bereits gewürdigt ist. Aber auch auf Grund der neuen Gutachten hat das Rekursgericht nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass seit Erlass des Urtheils vom 13. Juni 1893 eine auf den Unfall zurückzuführende wesentliche Verschlimmerung im Zustande des Klägers eingetreten ist. Das Attest des Dr. Zeumer scheidet alsbald von der Beurtheilung aus, weil dieser Arzt sich über die hier allein in Betracht kommende Frage, ob eine Verschlimmerung eingetreten sei, nicht ausspricht. Die Gutachten des Dr. Honnecker und des Dr. Engelmann stehen, was den objektiven Befund anbelangt, mit einander in Widerspruch. Doch hat das Rekursgericht auf das Gutachten des Dr. Honecker entscheidendes Gewicht gelegt, weil dieser Sachverständige den Kläger in seiner Wohnung untersucht und die Messungen zu einer Zeit vorgenommen hat, zu welcher das verletzte Bein nicht angestrengt war. Die Messungen des Dr. Engelmann sind dagegen vorgenommen worden, nachdem Kläger längere Zeit gegangen war, und sich in Folge dessen die Anschwellungen vermehrt hatten. Bei dieser Sachlage konnte das Rekursgericht auch auf die von Dr. Engelmann behauptete Zunahme der Schmerzhaftigkeit und des Ermüdungsgefühls im verletzten Bein kein Gewicht legen, weil diese Angaben, soweit sie überhaupt objektiv feststellbar sind, offenbar auf dem Ergebniss der Messungen beruhen. Ausserdem kommt für die Entscheidung zum Nachtheil des Klägers noch in Betracht, dass er im schiedsgerichtlichen Verfahren, trotz zweimaliger persönlicher Vorladung und des gleichzeitigen Hinweises auf die Nachtheile der Nichtbefolgung, und trotzdem ihm von der Beklagten Reisegeld zugesandt war, vor dem Schiedsgericht zu der in Aussicht genommenen ärztlichen Untersuchung nicht persönlich erschienen ist. Danach ist die Annahme gerechtfertigt, dass Kläger wohlüberlegt nicht erschienen ist, um eine neue ärztliche Untersuchung am Sitze des Schiedsgerichts zu vereiteln, und dem Schiedsgericht war darin beizustimmen, dass die Behauptungen des Klägers als unerwiesen zu erachten seien.

m.

Der Fuhrmann Hansen zu Ehrenfeld zog sich am 27. Oktober 1891 im Betriebe des Fuhrherrn Strohe einen Unfall zu, welcher in einer Verletzung seines linken Knies bestand. Das linke Bein des Klägers hatte in Folge eines früheren Unfalls eine solche Form erhalten, dass der Unterschenkel derart scharf nach aussen abgeknickt war, dass er mit dem Oberschenkel fast einen rechten Winkel bildete. In Folge der Verletzung am Knie trat heftige Anschwellung ein und der Kläger wurde in das St. Franziskus-Hospital zu Ehrenfeld gebracht. Dr. Hünten konstatirte flüssigen Inhalt in der Kniegelenkkapsel und ordnete Bettruhe und festen Druckverband an. Nachdem unter dem Verbande der Erguss ins Gelenk rasch geschwunden war, machte er dem Kläger den Vorschlag, er solle sich die Stellung seines Beines korrigiren lassen. Hansen ging auf diesen Vorschlag ein. Am 9. November 1891 wurde dem Hansen das linke Schienbein querdurch gemeisselt, eingebrochen und dann die Korrektur bis ungefähr zur geraden Linie herbeigeführt. Die Heilung nahm einen guten Verlauf und Hansen, dessen Bein sich dann in Bajonnetstellung befindet, wurde am 13. April 1892 entlassen mit der Weisung, sich noch fleissig im Gehen zu üben und sich entsprechende Beschäftigung zu suchen. Hansen nahm am 17. Mai 1892 angeblich die Arbeit auf, aber schon am 23. Mai hörte er damit wieder auf. Am 22. Mai 1892 will er einen zweiten Unfall sich zugezogen haben, der Wohnort eines angeblichen Augenzeugen ist aber unbekannt. Einem Dr. Hahn theilte er am 21. Juli 1892 mit, er habe sich Ende Mai den Fuss verstaucht; dem Dr. Hünten erklärte er, er sei am 22. Mai abermals gefallen und habe sich den Fuss umgeschlagen. Beide Aerzte haben an den angegebenen Zeitpunkten eine Verdickung des Knöchels festgestellt. Ob eine Zerreissung der Bänder oder auch ein Knöchelbruch stattgefunden hat, war nicht mehr zu konstatiren. Hansen war zu jener Zeit ganz oder zeitweise in erheblichem Masse erwerbsunfähig gewesen. Am 15. März 1993 hat wieder eine Untersuchung durch Dr. Hahn stattgefunden, welcher zu dem Ergebniss kommt, dass Hansen, mit einem sog. Plattfussschuh ausgerüstet, vollständig erwerbsfähig sei. Durch Bescheid vom 8. August 1893 lehnte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft jede Entschädigungspflicht mit der Begründung ab, dass die Berufsgenossenschaft für die Folgen der Geradstellung des Beines des Klägers nicht aufzukommen habe, weil diese mit dem Unfall vom 27. Oktober 1891 nicht im ursächlichen Zusammenhang stehe und dass der angebliche zweite Unfall vom 22. Mai 1892 nicht erwiesen sei. — Das Schiedsgericht verurtheilte sodann die Berufsgenossenschaft nnd führte aus: Was den angeblichen zweiten Unfall vom 22. Mai 1892 angeht, so hat das Gericht mangels hinreichender Feststellung denselben nicht als erwiesen halten können. Doch ist offenbar zu jener Zeit ob in oder ausser der Betriebsthätigkeit ein Umschlagen oder Verstauchen des Fusses eingetreten und dadurch entweder ein Knochenbruch oder eine Zerreissung der Bänder erfolgt. Da dies wenige Tage, nachdem Kläger seine Arbeit aufgenommen hatte, geschehen ist, so war anzunehmen, dass damals noch eine Schwäche des Beines beim Kläger vorhanden war; und es war nicht von der Hand zu weisen, dass diese Verletzung im ursächlichen Zusammenhange mit der Geradstellung des Beines des Klägers stehe. Zweifelhaft war die Frage, ob diese Geradstellung selbst als mit dem ersten, unzweifelhaft im Betriebe geschehenen Unfall im ursächlichen Zusammenhang stehend zu erachten sei. Das R. V. A. hat sich für die Bejahung dieser Frage entschieden, gestützt im Wesentlichen auf das Gutachten des Dr. Hünten; dieser Arzt erklärte, dass die Geradstellung des Beines als zum Heilverfahren der damaligen Verletzung im weiteren Sinne gehörig erachtet werden müsse. Auch darf ein Verletzter, wenn er den Rath des ihn wegen der Verletzung behandelnden Arztes befolgt und sich einer mit der bestehenden Verletzung im Zusammenhang stehenden Operation unterzieht, welche zufällig nicht so glücklich verläuft, wie zu hoffen war, nicht dadurch Schaden leiden, dass er diesen Rath befolgt hat; auch kann ein Verletzter nicht wohl ermessen, was zur Heilung des Unfalls gehört und was darüber hinausgeht. Im Rekursverfahren wurde ein Gutachten von Prof. Witzel eingefordert, welcher sich dahin äusserte, dass die fragliche Operation im Privatinteresse des Verletzten erfolgte und dass die Wiederherstellung des letzteren von den Folgen des Unfalls durch die Operation nur verzögert wurde. Das Reichs-Versicherungs-Amt erachtete daher die Vorentscheidung für unzutreffend, hob sie auf und wies den Kläger mit seinen Ansprüchen gegen die Beklagte zurück.

m.

Bücherbesprechungen.

v. Krafft-Ebing, Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter. Wien, Franz Deuticke 1894.

Verfasser vertritt mit Berücksichtigung des Entwurfes des österreichischen Strafgesetzbuches, welcher die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht zwischen Mann und Mann festhalten will, seinen oft schon gekennzeichneten Standpunkt. dass es unbillig sei, eine That zu bestrafen, welche meist auf einem unverschuldeten Gebrechen beruhe.

Er schlägt, um den Schutz der Jugend und die Gefährdung der öffentlichen Sittlichkeit neben den Rücksichten auf die wissenschaftlichen Ergebnisse der Lehre von der Homosexualität genügend zu wahren, folgende Fassung des einschlägigen Paragraphen vor:

„Die widernatürliche Unzucht, welche von einer Person über 18 Jahren mit einer anderen desselben Geschlechts unter 18 Jahren begangen wird . . . . . ist zu bestrafen."

Diese redaktionelle Fassung scheint nicht ganz einwandsfrei gewählt, denn sie lässt nicht deutlich erkennen, ob nur der ältere Thäter belangt werden soll.

Ausserdem verlangt K. energische Maassregeln gegen die päderastische Prostitution und die obligatorische Untersuchung des Geisteszustandes bei Strafthaten, welche aus einem widernatürlichen Geschlechtstriebe entspringen, oder bei denen Umstände auf das Vorhandensein eines solchen Triebes hindeuten. (Exhibition, Lustmord, Körperverletzung, Thierquälerei.)

Es ist ein unbedingtes Verdienst des Verfassers, wenn er immer und immer wieder energisch darauf hindeutet, dass die Rechtspflege die Psychopathologie in mannichfacher Richtung noch zu wenig berücksichtigt, doch lassen sich gegen seine Beweisführungen manche Einwendungen erheben.

Dass die conträr sexuelle Bethätigung meist auf dem unwiderstehlichen Drange krankhaften Fühlens beruhe, darüber sind die Meinungen doch sehr getheilt. Sollte sie nicht häufiger aus einem Mangel an Selbstzucht gegenüber austilgbaren Regungen der Sinnenlust zu erklären sein?

Auch unterschätzt Verfasser die entsittlichende Wirkung der Verführung zu denjenigen perversen Handlungen, welche nicht als „beischlafsähnlich" im Sinne der bekannten Reichsgerichtsentscheidung zu bezeichnen sind.

Man mustere nur einmal die jüngeren Insassen einer Strafanstalt und man wird eine nennenswerthe Zahl Derer finden, welche nicht als Kinder, sondern im späteren Jünglingsalter zu dergleichen Bethätigung herangezogen wurden, sich dadurch an leichtes Geldverdienen und Müssiggang gewöhnten, Wohllebigkeit kennen lernten, ihre Selbstachtung verloren und so anderen Verbrechen, wie dem Diebstahl, dem Betrug, und der Erpressung, anheimfielen. Die Gelegenheit zu letzterer wird aber auch nach Aufhebung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit Homosexualer fortbestehen. L.

W. Kulemann, Die Reform unserer Sozialversicherung. (Sonderabdruck aus Schmoller's Jahrbuch für Gesetzgebung u. s. w., 18. Jahrg., Heft 3 u. 4.)

Der durch seine sozialpolitische Thätigkeit wohlbekannte Verfasser bespricht die allgemeine Unzufriedenheit mit den Arbeiter-Versicherungsgesetzen, und findet den Fehler der Gesetzgebung nicht in ihrem Grundgedanken, sondern in deren mangelhafter gesetzgeberischer Ausgestaltung. Er versucht, in seinen Ausführungen als das Ziel, zu dem wir gelangen müssen, eine Versicherung nachzuweisen, die von dem bisher zu Grunde gelegten falschen Grundsatze der Produktionstechnik: Arbeiter — Arbeitgeber, völlig absieht, vielmehr die bisherige Arbeiterversicherung durch eine allgemeine Staatsbürgerversicherung ersetzt. Zu dem Zweck will er sämmtliche Einzelformen der bisherigen Versicherungsarten (Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung) zu einer Gesammtversicherung zusammenschmelzen, die neben wesentlicher Ersparniss an Geld und Arbeit insbesondere den Vorzug bieten würde, eine grössere Vereinfachung und dadurch ein leichteres Verständniss seitens der Bevölkerung herbeizuführen. B.

Fünfzig Beiträge aus dem Gebiete der gesammten Medizin. Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Jubiläums des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf. (Wiesbaden, J. F. Bergmann 1894.)

Diese Schrift enthält 50 Abhandlungen über Themata aus allen Gebieten der Medizin und ist ein beredtes Zeugniss für das wissenschaftliche Streben, welches in dem Verein der Aerzte des Regierungsbezirkes Düsseldorf unter Vorsitz von Graf herrscht. Letzterer giebt die Einleitung durch eine Geschichte des Vereins. Ueber einzelne der gebrachten Arbeiten behalten wir uns besondere Referate vor. B.

Dr. med. Justus Thiersch, Der Kassenarzt, mit einem Anhang von **Dr. med. Hugo Dippe,** Der Vertrauensarzt der Lebensversicherung. Leipzig, J. A. Barth, 1895.

Das Buch soll dem Arzte, der sich anschickt, Kassenpraxis zu treiben, als Wegweiser und Berather für die mannigfach auftauchenden kassenärztlichen Fragen dienen; und auch dem älteren Kollegen soll dadurch eine zusammenhängende Darstellung aller einschlägigen Fragen gegeben werden. Dem Autor des ersten Theiles, der in diesem Thema grosse Erfahrung hat, ist sein Vorhaben in vorzüglicher Weise gelungen. Und in dem Anhange von Dr. Dippe finden wir einen vortrefflichen Wegweiser für die Ausstellung von Gutachten für die Lebensversicherungen, wie es nur jedem Neuling auf diesem Gebiete bestens empfohlen werden kann. B.

Tagesgeschichte.

Der diesjährige deutsche Aerztetag wird am 27. und 28. Juni in Eisenach abgehalten werden. Auf die Tagesordnung gesetzt sind die weiteren Berathungen über die Beziehungen der Aerzte zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften und die Frage der freien Aerztewahl.

In der dreitägigen Verhandlung des Reichstags über die Interpellation Hitze ist die Arbeiter-Versicherungs-Gesetzgebung von Rednern aller politischen Parteien besprochen worden. Der Abgeordnete Möller hob hervor, dass die Lasten der deutschen gewerblichen Produktion, welche ihr durch die Arbeiter-Versicherung aufgelegt seien, nur dann gesteigert werden könnten, wenn das Ausland, mit dem die deutsche Industrie zu konkurriren hat, uns auf dem betretenen Wege folgt.

Ein dem Reichstage zugegangener Gesetzentwurf, betreffend die Abänderung der Gewerbeordnung, enthält einen Zusatz zu § 30, wonach die Konzession für private Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten auch zu versagen ist, wenn die Anstalt durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke oder für das Publikum überhaupt erhebliche Nachtheile, Gefahren oder Belästigungen hervorrufen kann.

In einer Petition an den Reichstag ist die Forderung aufgestellt, dass das gesammte Hausgesinde zu den Wohlthaten der staatlichen Unfallversicherung zugelassen werde, da Niemand in Abrede stellen könne, dass dasselbe zum Arbeiterstande gehöre, und dass insbesondere das weibliche Hausgesinde erheblichen Berufsgefahren, z. B. beim Fensterputzen, beim Bedienen in Feuerungsanlagen u. s. w., ausgesetzt sei. B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 5. Ausgegeben am 1. März.

Inhalt: **Originalien:** Braehmer, die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes. — Cahen, Ueber die natürlichen Grenzen der ärztlichen Thätigkeit bei Berufsgenossenschaften, Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt. — Brandenburg, Verlust eines Auges durch Trippererkrankung der Bindehaut in Konkurrenz mit einem leichten Betriebsunfall. — Kollm, die Begutachtung von Wohnungen. II. — Becker, Gutachten über eine Unfallverletzung am rechten Unterarm. — **Referate:** Freyer, das Puerperalfieber in forensischer Beziehung. — Wachholz und Nowak, Zur Lehre von der forensischen Bedeutung der Gonokokkenbefunde in alten Flecken. — Beling, Die Vornahme von Untersuchungen am lebenden menschlichen Körper als Prozessmassregel. — **Gebührenwesen.** — **Gerichtliche Entscheidungen:** Aus dem Reichsversicherungsamt. — Aus dem Königl. Preussischen Oberverwaltungs-Gericht. — **Bücherbesprechungen:** — **Tagesgeschichte.** — **Fragen und Antworten.**

Die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes.

Von
Dr. **Otto Braehmer**-Berlin.

Die erste Eisenbahn der Welt, welche Personen beförderte, wurde in England auf der Strecke von Stockton nach Darlington am 27. Oktober 1828 dem Verkehr übergeben. Von diesem Tage an drangen mit ungeahnter Schnelligkeit die Schienenstrassen in alle Länder und Erdtheile ein. Hand in Hand mit diesem Vordringen gingen die rastlosen Bestrebungen, Verbesserungen im Eisenbahnbetriebe herzustellen, welche sich auf die Erleichterung des Verkehrs, auf die Erhöhung der Fahrgeschwindigkeit, auf die Vergrösserung der Transportmengen und nicht zum Wenigsten auf die Sicherheit bezogen. Diese Bestrebungen werden bis auf den heutigen Tag fortgesetzt, und das die Welt immer weiter umspannende Schienennetz zieht alle Länder zur Mitarbeit an denselben heran.

Nur einer Verbesserung gegenüber hat man sich bisher auffallend zurückhaltend gezeigt, das ist die Organisation des ärztlichen Dienstes bei den Eisenbahnen. Die Gründe hierfür liegen theils in der anfänglichen Fülle von Schwierigkeiten, welche sich auf die Verwaltung, Technik und finanzielle Fundirung der Bahnen bezogen, theils in dem Mangel einer einheitlichen Organisation, namentlich der Privatbahnen, endlich in der noch nicht zum vollen Durchbruch gelangten Würdigung der Bedeutung des ärztlichen Dienstes für die Sicherheit des Eisenbahnwesens. Alle diese Gründe sind mehr oder weniger im Schwinden begriffen. Mit den Erfahrungen und Fortschritten der Technik und des Betriebes, mit der grösseren Einheitlichkeit, die namentlich durch die Verstaatlichung der Bahnen herbeigeführt worden ist, beginnt man auch die Bedeutung des ärztlichen Dienstes bei den Eisenbahnen immer mehr zu verstehen und zu würdigen.

Der ärztliche Dienst bei den Eisenbahnen ist nur zu vergleichen mit dem ärztlichen Dienste in der Armee. Wie die letztere nicht nur die kranken nnd die verwundeten Soldaten heilen, sondern in erster Linie die Schlagfertigkeit der Armee im Kriege und ihre Tüchtigkeit im Frieden zu fördern bestimmt und daher als absolut nothwendiger Bestandtheil jeder Armee anzusehen ist, so bildet der ärztliche Bahndienst, weit über die Behandlung der Beamten hinaus, einen unerlässlichen und nicht den kleinsten Theil jener Faktoren, welche die Sicherheit im Eisenbahnwesen verbürgen.

Der ärztliche Dienst bei den Eisenbahnen hat folgende Obliegenheiten:

I. Die Sorge, dass nur gesunde, dem verantwortungsvollen Betriebsdienst gewachsene Beamte eingestellt werden.

II. Die fortlaufende Beobachtung des physischen Zustandes der Beamten, namentlich die periodische Untersuchung des Seh- und Hörvermögens. Mitwirkung an einer statistischen Aufstellung der Krankheiten der Beamten.

III. Beobachtung aller Momente, welche den Gesundheitszustand während der Dienstzeit stören können.

IV. Hygienische Ueberwachung der Bahnhöfe, Werkstätten, Wärterbuden, Gasanstalten u. s. w.

V. Initiativanträge, welche die aus der Beobachtung sich ergebenden, den Gesundheitszustand störenden Einflüsse zu ändern geeignet sind.

VI. Ausserdienststellung und rechtzeitige Pensionirung, wenn der körperliche Zustand des Beamten der Verantwortung nicht mehr gewachsen ist.

VII. Mitwirkung bei der Ausführung des Haftpflicht-, Pensions- und Unfallfürsorge-Gesetzes, sowie der grossen sozialpolitischen Gesetze, welche sich auf die nichtbeamteten Eisenbahnarbeiter beziehen.

VIII. Unterweisung des Fahr- und Stationspersonals in der ersten Hilfeleistung nach Unfällen. Beaufsichtigung und Sorge für die gute Beschaffenheit der Rettungseinrichtungen.

IX. Mitwirkung bei den Massnahmen gegen die Einschleppung von Epidemien durch die Eisenbahnen.

X. Berathung der Verwaltung in allen weiteren hygienischen sowohl das Personal, als den Betrieb betreffenden Fragen.

XI. Endlich ärztliche Behandlung der zum äussern Betriebe gehörenden Beamten und Arbeiter.

Letztere ist nothwendig, weil sie die Beobachtung des physischen Zustandes des Personals erleichtert und dadurch der Verwaltung Bürgschaft für die gute Beschaffenheit desselben giebt, weil sie ferner den Fahrbeamten, dem für sich und seine Familie jederzeit ärztliche Hilfe zu Gebote steht, einen Theil seiner Sorgen nimmt. Sollte besonderes Ver-

trauen den Beamten zu einem andern Arzte hinziehen, so wird der Bahnarzt stets mit richtigem Takte in Verbindung mit dem behandelnden Arzt die Ueberwachung ermöglichen, welche im Interesse des Eisenbahnbetriebes nothwendig ist.

Zur erfolgreichen Durchführung der vorstehenden Funktionen gehört ausser der rein ärztlichen Befähigung eine genaue Kenntniss des Betriebes und der Betriebsmittel, der einzelnen Dienstzweige und der damit verbundenen Verantwortung, der Arbeitsstunden und der Ruhepausen der Beamten, der Schlaf- und Unterkunftsräume ausserhalb der Stationen, der Rettungseinrichtungen, des Signalwesens, der den Fahrbeamten zu ihrer Verpflegung gegebenen Gelegenheit, der gesetzlichen Bestimmungen über die Unfall-Fürsorge, Haftpflicht u. s. w.

Nur der Besitz dieser Kenntnisse, gute ärztliche Ausbildung, Vertrautheit mit den Untersuchungsmethoden namentlich auf Hör- und Sehvermögen, Lebenserfahrung und Menschenkenntniss, entschiedener fester Wille befähigen die Aerzte zur erfolgreichen Durchführung jener Obliegenheiten, welche in ihrer Gesammtheit den ärztlichen Bahndienst bilden.

Leider müssen wir bekennen, dass die Würdigung dieser Bedeutung des ärztlichen Bahndienstes noch viel zu wünschen übrig lässt, sowohl bei den Verwaltungen als auch bei den Aerzten.

Die Privatbahnen überliessen es anfänglich den Beamten, die Anstellungsfähigkeit, Nothwendigkeit eines Urlaubs, temporäre oder dauernde Dienstunfähigkeit vom dem Arzte ihrer Wahl bescheinigen zu lassen. Nur in verwickelten Fällen wandten sie sich an einen Vertrauensarzt, meistens einen Medizinalbeamten.

Besser waren von vornherein die Verhältnisse bei den Staats- und staatlich verwalteten Bahnen, welche in Würdigung der hygienischen Bedeutung der Aerzte meistens früh Bahnärzte anstellten, welchem Modus sich die Privatbahnen nach und nach anschlossen. Die den Aerzten gestellten Aufgaben waren anfänglich sehr beschränkt und haben sich allmählich erst zu grösserer Bedeutung durchgerungen. In vielen Ländern haben die Direktionen Chefärzte, so in Frankreich, Oesterreich, in anderen sitzt ein Arzt in der obersten Verwaltung, so in Ungarn, Serbien. In Amerika hat man erst vor wenigen Jahren angefangen Chefärzte in die Verwaltungen zu wählen. Von den deutschen Bundesstaaten ist die ärztliche Organisation am vollkommensten in Baiern, wo ein Chefarzt zur Generaldirektion gehört, der alle hygienischen Massregeln leitet und unter welchem in jeder Eisenbahnstation Bahnärzte angestellt sind. Die letzteren haben Amtscharakter, führen ein Amtssiegel und erfreuen sich der damit verbundenen Autorität. Diese in mancher Beziehung musterhafte Organisation fehlt in den übrigen Bundesstaaten; in den meisten derselben finden sich jedoch bereits Anfänge eines ärztlichen Bahndienstes. In Preussen ist entsprechend der im grossen Massstabe durchgeführten Verstaatlichung eine grössere Einheitlichkeit des ärztlichen Bahndienstes herbeigeführt worden. Die bis jetzt bestehenden Betriebsämter stellen Bahnärzte an allen Stationen und Bahnkassenärzte an. Die letzteren haben die zu Kassen vereinigten Eisenbahn- und Werkstätten-Arbeiter zu behandeln. Den Bahnärzten liegt die Behandlung der äussern Betriebsbeamten nebst Familien und die ärztliche Begutachtung derselben ob, ausserdem die Beaufsichtigung der Rettungseinrichtungen und Unterweisung der Beamten in der ersten Hilfe nach Unfällen. Ihre Mitwirkung in hygienischen Fragen hängt von den Verwaltungen ab, welche sich gewöhnlich an die am Sitz der Verwaltung wohnenden Bahnärzte wenden. Eine gesetzliche Bestimmung für solche Mitwirkung besteht nicht. Dagegen unterliegen die Enscheidungen der Personalfragen allein dem Gutachten der Bahnärzte; höchstens wird in sehr verwickelten Fällen ein Medizinalbeamter oder Universitätsprofessor gleichzeitig zur Begutachtung aufgefordert. In Fragen allgemeiner Natur, z. B. über Sehprüfungen, Rettungseinrichtungen, wird häufig das Gutachten der wissenschaftlichen Deputation eingeholt — mit wie geringer Berechtigung, möge man daraus ersehen, dass diese wissenschaftlich hochstehende Körperschaft ihre bahnhygienischen Gutachten häufig mit den Worten einleitet: „soweit uns Erfahrungen darüber zu Gebote stehen.“ Wie viel einfacher wäre es, Instanzen aus Männern zusammenzusetzen, welche diese Erfahrungen im praktischen Leben gewonnen haben!

Das äussere Verhältniss der Bahnärzte zu den Verwaltungen ist meistens ein sehr lokeres. In Preussen sind die Bahnärzte auf dreimonatliche Kündigung angestellt, die Form des Honorars ist bei den Bahnärzten ein Fixum, bei den Bahnkassenärzten ein Pauschquantum. Dasselbe wird fast überall berechnet nach dem Einheitssatz von 5—6 Mark pro Mitglied, gleichviel ob dasselbe verheirathet ist oder nicht. Wesentliche Vermehrung oder Verminderung der Mitgliederzahl bedingt Erhöhung bezw. Verminderung des Fixums. Freikarten werden in Preussen nur für die Strecken in denen der Bahnarzt beschäftigt ist, gewährt, in Bayern für das ganze Königreich.

Bei der Besetzung der Bahnarztstellen sollen in Preussen die Physiker nach einem Ministerial-Erlass in erster Linie berücksichtigt werden, in den Provinzen ist dies auch vielfach der Fall, in Berlin höchst selten. Es bleibt auch fraglich, ob die Physiker zu der eigenartigen bahnärztlichen Thätigkeit besonders befähigt sind. Diese Befähigung ist jetzt nur zu erwerben durch die Praxis in welche der Bahnarzt eintritt ohne alle Vorkenntnisse, um von vornherein die volle Verantwortung zu tragen. Diese Lehrzeit kann aber den Eisenbahnverwaltungen nicht zum Vortheil gereichen.

Wir halten es daher für nothwendig, an den Universitäten eine Vorlesung für Eisenbahnhygienie ins Leben zu rufen. Die so vorbreiteten Aerzte sind als Bahnärzte an allen Eisenbahnstationen anzustellen, zu vereidigen und mit der nöthigen Autorität zu versehen, freie Fahrkarten sind ihnen im ausgedehnten Masse zu gewähren. Jeder Direktion bezw. jeder grösseren Verwaltung muss ein Oberarzt zugetheilt sein, welcher in allen hygienischen Massnahmen mitzuwirken und die Bahnärzte in ihren Wirkungskreis einzuführen hat.

Die Gehälter der Bahnärzte müssen auf eine ihrer Thätigkeit entsprechende Höhe gebracht werden; eine solche haben sie fast nirgends in der Welt erreicht. Die Gehälter werden meist berechnet nach der Anzahl der Köpfe eines Bezirkes. In Preussen werden seit dem Reichskassenkrankengesetz von 1884 für die Behandlung der zu Kassen vereinigten, nicht im Beamtenverhältnisse stehenden Eisenbahnarbeiter nebst Familienangehörigen 5 Mark pro Kopf durchschnittlich bezahlt, gleichviel ob das Mitglied verheirathet oder nicht. In Bayern 3 Mark für den Unverheiratheten, 9 Mark für den Verheiratheten. Bei Zahlung dieser Gehälter, die gewiss nicht glänzend sind, haben die meisten Bahnkassen ihre übrigen Leistungen einschränken müssen und damit den Beweis geliefert, dass einer besseren Besoldung der Aerzte eine Erhöhung der Beiträge vorausgehen muss. Auffallender Weise sind die Gehälter der Bahnärzte, die direkt von der Verwaltung bestritten werden, nach demselben Modus berechnet und nicht wesentlich höher, während sie doch ausser der mit den Kassenärzten gemeinsamen Thätigkeit, Behandlung und Krankheitsbescheinigung, die ganze Sachverständigen-Arbeit und die Mitwirkung an den Rettungs-Einrichtungen, die periodischen Untersuchungen und andere hygienische Massnahmen zu leisten haben. Hier ist eine Lücke,

die ausgefüllt werden muss. Entweder müssen den Bahnärzten ausser ihrem Fixum die Gutachten nach der Medizinaltaxe einzeln honorirt werden, oder bei Berechnung der Fixa muss ausser der ärztlichen Behandlung auch die Sachverständigen- und hygienische Thätigkeit zu Grunde gelegt werden. Uebrigens werden in Deutschland meistens die Bahnarzt- und Bahnkassenstellen in dieselben Hände gelegt, so dass vielfach ganz ansehnliche Gehälter entstehen. Für die Verwaltungen ist dieses Verfahren sehr zweckmässig, da ein grosser Theil der Kassenmitglieder, wie die Bremsarbeiter, Streckenarbeiter, Hilfsheizer, auf die Sicherheit des Betriebes denselben Einfluss haben, wie die Beamten, und da die Begutachtung derselben in allen Fragen, die sich auf den Betrieb beziehen, ohnehin den Bahnärzten zusteht.

Die Anstellung muss auf längere Zeit erfolgen und, falls frühere Invalidität des Arztes eintritt, Pensionsberechtigung eingeführt werden. Den Bahnärzten ist amtlicher Charakter beizulegen sowohl den Behörden als den Beamten gegenüber. Sollte das Gutachten eines Bahnarztes beanstandet werden, so ist ein Obergutachten eines aus drei Bahnärzten bestehenden Konsiliums einzuholen, eine Massregel, die sich bei den bayrischen Bahnen vorzüglich bewährt.

Was die Frage der Spezialisten betrifft, so sind in einigen Ländern, z. B. Oesterreich-Ungarn, für gewisse Fächer Spezialärzte angestellt, vereinzelt auch neuerdings in Preussen, wo z. B. ein Spezial-Augenarzt von der Direktion Berlin angestellt wurde. Wünscht der Bahnarzt selbst eine spezialistische Behandlung eines Patienten, so ist er jedoch meistens darauf angewiesen, denselben irgend einer Poliklinik zu überweisen. Wir halten dieses Verfahren nicht für ausreichend, sondern wünschen den Bahnarzt in die Lage versetzt, sobald er eine spezialistische Behandlung für erforderlich hält, eine solche auf Kosten der Verwaltungen bezw. der Kassen herbeizuführen. Die Thätigkeit des Spezialisten darf sich jedoch nur auf die Behandlung erstrecken — die Begutachtung verbleibt allein den Bahnärzten, die auch die periodischen Sehprüfungen der Beamten vorzunehmen haben. Wir befinden uns mit dieser Ansicht im Gegensatz zu Silex und andern Augenärzten und geben ihnen auch für verwickelte und zweifelhafte Fälle recht. Für die laufenden Untersuchungen muss jedoch jeder Bahnarzt mit den neuesten Untersuchungsmethoden auf Sehschärfe und Farbensinn hinlänglich vertraut sein, um die Grenze zu finden, über welche hinaus Mängel der Sicherheit Gefahr bringen können.

Vorstehende Forderungen enthalten nichts Unmögliches und nichts Ueberflüssiges; sie dienen den Interessen der Aerzte und der Eisenbahn-Verwaltungen, welche sich decken müssen. Sie bringen den Bahnärzten die Befriedigung in gesicherter und autoritativer Stellung ihr Wissen und Können in die Dienste des mächtigsten Verkehrsmittel zu stellen. Sie bringen den Eisenbahn-Verwaltungen ein bedeutsames Hilfsmittel, um die Gefahren für die Sicherheit des Betriebes möglichst fern zu halten. Und wie gross diese Gefahren sind, dafür bringen uns die Zeitungen fast täglich Belege. Eisenbahn-Unfälle können begründet sein in unabwendbaren Naturereignissen, Unvollkommenheiten des Betriebes und der Betriebsmittel, endlich Unvollkommenheiten der Eisenbahnbeamten. Wenn auch die Technik mit Erfolg bestrebt gewesen ist, Einrichtungen zu schaffen, welche die Verantwortlichkeit des Einzelnen verringern, so verbleibt doch noch den meisten Dienstzweigen eine so grosse Verantwortung, dass nur eine volle körperliche und geistige Gesundheit, Frische und Spannkraft sie tragen kann. Eine solche zu gewährleisten ist ein Hauptzweck der Organisation des ärztlichen Bahndienstes, welcher sich aus den oben genannten Obliegenheiten zusammensetzt.

Diese Obliegenheiten stellen an die Bahnärzte eine doppelte Anforderung: die einer ärztlich hygienischen und die einer Sachverständigen-Thätigkeit. Die letztere hat namentlich durch die sozialpolitischen Gesetze an Umfang gewonnen, und werden wir das Wesen derselben in einem späteren Artikel beleuchten. Für heute wollten wir nur die Bedingung für den äusseren Rahmen aufstellen, innerhalb dessen der ärztliche Bahndienst einzurichten ist. Wir fassen unsere Forderungen noch einmal kurz zusammen:

1. Die Einrichtung von Vorlesungen an den Universitäten über Eisenbahnhygiene.
2. Anstellung von Oberbahnärzten an jeder Direktion, welche in allen hygienischen Fragen, sowie bei Ausführungen der grossen sozialpolitischen Gesetze Sitz und Stimme haben.
3. Anstellung von Bahnärzten an jeder Station, welche ausser der ärztlich hygienischen Thätigkeit in ihrem Bezirke die Oberbahnärzte in ihren Funktionen unterstützen.
4. Feste Anstellung mit entsprechenden Gehältern, bei deren Bemessung die Sachverständigen-Thätigkeit berücksichtigt werden muss. Amtlicher Charakter und Pensionsberechtigung. Freifahrtkarten in derselben Ausdehnung wie die höheren Beamten.
5. Soweit die Kassenstellen nicht bereits in den Händen der Bahnärzte liegen, sind auch die Kassenärzte zu der hygienischen Thätigkeit heranzuziehen.

Ueber die natürlichen Grenzen der ärztlichen Thätigkeit bei Berufsgenossenschaften, Schiedsgericht und Reichs-Versicherungs-Amt.

(Nach einem Vortrag, gehalten im Verein der Unfall-Versicherungs-Aerzte zu Berlin von Dr. **P. Cahen**-Berlin).

Wenn ich es unternehme, über eine Frage, welche die ärztlichen Kreise seit längerer Zeit beschäftigt und schon die verschiedentlichsten schriftlichen und mündlichen Erörterungen gezeitigt hat, hier noch einmal mich zu äussern, so geschieht es, weil ich erstens die von ärztlicher Seite aufgestellten Forderungen nicht in allen Theilen für richtig halte, sodann, weil ich es für zeitgemäss halte, endlich eine Klärung dessen, was erstrebenswerth und erreichbar ist, herbeizuführen, und endlich, weil ich glaube, dass unser Verein, Dank seiner Zusammensetzung, vorzugsweise geeignet ist, diese Klärung herbeizuführen.

Die Forderungen, die von ärztlicher Seite für die Mitwirkung bei der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung aufgestellt sind, lauten, wie Ihnen bekannt ist:

I. in den Vorständen der Berufsgenossenschaften,
II. in Schiedsgerichten,
III. im Reichsversicherungsamt

soll ein Arzt Sitz und Stimme haben.

Diesen Forderungen gegenüber ist die Frage berechtigt:

Verträgt es sich mit den bis jetzt bestehenden Einrichtungen, dass ein Arzt mit Sitz und Stimme hineinkommt, ev. ist es angezeigt, diese Einrichtungen so umzugestalten, dass für den Arzt Platz geschaffen wird, oder ist es für die Sache und für die ärztlichen Interessen erwünscht, dass ein anderer Ausweg für eine geeignete Mitwirkung der Aerzte gefunden wird? Was nun zunächst die Zusammensetzung der Berufsgenossenschafts-Vorstände anbetrifft, so handelt es sich hier um unbesoldete von der Generalversammlung gewählte Mitglieder, deren Thätigkeit eine ausgedehnte und mannichfache ist. Sie haben sich mit folgenden Dingen zu beschäftigen:

I. Prüfung der eingehenden Betriebsanmeldung und Entscheidung über Aufnahme in's Kataster oder Ablehnung;
II. Vorbereitung des Gefahrentarifes für die Entscheidung der Genossenschaftsversammlung;
III. Einschätzung der Betriebe in die Klassen des Gefahrentarifes;
IV. Prüfung der Lohnnachweisungen;
V. Berechnung und Umlage der Versicherungsbeiträge;
VI. Verhängung von Ordnungsstrafen über Mitglieder;
VII. Ueberwachung der Betriebe in technischer Hinsicht;
VIII. Gesammte innere Verwaltung;
IX. Vermögensverwaltung, eine gewiss nicht zu unterschätzende Thätigkeit, wenn man erwägt, dass Ende 1892 die Reservefonds der 64 industriellen Berufsgenossenschaften 82¼ Millionen Mark betrugen.

Wie denken sich die Antragssteller die Thätigkeit eines Arztes mit Sitz und Stimme im Genossenschaftsvorstand diesen Dingen gegenüber?

Man hat ja schon die Einschränkung gemacht, dass der Arzt nur in Entschädigungsangelegenheiten Sitz und Stimme haben solle, aber auch in diesen Angelegenheiten kommen viele Punkte zur Berathung, die den Arzt in keiner Weise interessiren. Hier ist zu prüfen:

I. ob der Betrieb versicherungspflichtig;
II. ob der Verletzte ein versicherter Arbeiter;
III. ob ein Unfall wirklich stattgefunden hat;
IV. ob es ein Unfall beim Betriebe war;
V. welches die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes des Verletzten ist;
VI. in Todes- und Krankenhausfällen ist die Aktiv-Legitimation der Angehörigen zu prüfen;
VII. bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit sind die technischen Besonderheiten der einzelnen Betriebe festzustellen, da die gleiche Verletzung für den einen Betrieb schwerwiegender sind, wie für den andern.

Die Mitwirkung des Arztes hat aber nur folgendes zum Zweck:

I. Eine Feststellung der Krankheit des Patienten;
II. Eine Aeusserung darüber, ob das Leiden eine Folge des Unfalls ist;
III. Eine Aeusserung über den Einfluss, den nach ärztlichem Ermessen das Leiden auf die Erwerbsfähigkeit hat;
IV. Rathschläge, was mit dem Patienten zu geschehen hat.

Um diese vier Aufgaben, die der Arzt bei den Berufsgenossenschaften zu leisten hat, in richtiger Weise ausführen zu können, dazu bedarf es, nach meiner Ansicht, keiner Aenderung der bestehenden Gesetzgebung und der bestehenden Zusammensetzung des Genossenschaftsvorstandes. Einer jeden Berufsgenossenschaft, die es bis jetzt noch nicht eingesehen hat, dass sie in eigenem Interesse gut daran thut, einen ärztlichen Rathgeber für sich zu gewinnen, wird durch die schlechten Erfahrungen, die sie beim Fehlen der Mitwirkung eines Arztes früher oder später machen muss, doch dahin kommen, einen solchen anzustellen. Ich möchte gerade den Berufsgenossenschaften das Recht gewahrt wissen, sich ihren frei gewählten Vorstand frei zu halten von einem staatlich ihnen aufoktroirten, von ihnen zu besoldenden ärztlichen Mitglied, welches durch die eine Stimme, die es bei der Abstimmung abzugeben hat, keinen grösseren Einfluss im Vorstande hat, als ein vom Vorstand freigewählter Vertrauensarzt, der wirklich das Vertrauen des Vorstandes geniesst.

Was nun die Mitwirkung der Aerzte beim Schiedsgericht betrifft, so verträgt sich auch hier die aufgestellte Forderung nicht mit der bisherigen Zusammensetzung. Das Schiedsgericht setzt sich zusammen aus zwei Vertretern der Arbeitgeber, zwei Vertretern der Arbeitnehmer und einem Staatsbeamten, als von beiden Theilen unabhängigem Obmann und als Vertreter der Staatsgewalt. Es ist mir nicht recht verständlich, wie man sich die Zusammensetzung des Schiedsgerichtes vorstellt, in welchem ein Arzt Sitz und Stimme hat, kennen wir doch auch in unserer ganzen Justizgesetzgebung kein Beispiel eines Gerichtshofes, in welchem ein Sachverständiger Sitz und Stimme hat. Es ist doch auch ferner zu erwägen, dass auch beim Schiedsgerichte nur ein Theil der zu entscheidenden Fragen das ärztliche Gebiet betreffen, wie sich ja aus der vorhin erwähnten Entschädigungsfeststellung der Vorstände der Berufsgenossenschaften ergiebt; ebensowenig wie dort ist hier der Arzt ein geeignetes Mitglied des Gerichtshofes; bleibt aber, wie bei den Berufsgenossenschaften, so auch beim Schiedsgericht der Arzt in der Stellung eines sachverständigen Berathers und Gutachters, so eröffnet sich für ihn ein Feld reicher und segensreicher Thätigkeit. Wollen wir eine Aenderung der jetzigen Thätigkeit der Schiedsgerichte erstreben, so müssen wir es, nach meiner Ansicht, in dem Sinne thun, dass wir für jedes Schiedsgericht festangestellte Vertrauensärzte verlangen, die in jedem Falle, wo ein Verletzter eine höhere Rente, als ihm auf Grund ärztlichen Gutachtens zuerkannt ist, beansprucht, den Verletzten zu untersuchen und zu begutachten haben. Ihre Anwesenheit, ebenso wie die des ersten begutachtenden Arztes soll im Termin obligatorisch sein, und soll es dem angestellten Vertrauensarzt des Schiedsgerichtes während der Verhandlung jeder Zeit gestattet sein, das Wort zu ergreifen, um sich ergebenden irrigen Auffassungen der ärztlichen Gutachten seitens des Gerichtshofes entgegen zu treten. Ich glaube, dass ein in dieser Weise thätiger Vertrauensarzt mindestens einen ebenso bedeutenden Einfluss auf den ganzen Gerichtshof haben wird, als wenn er Sitz und Stimme in demselben besitzt.

Ich komme endlich zum Reichsversicherungsamt, hier möchte ich festangestellte, dauernd im Versicherungsamt thätige Aerzte haben, die alle einlaufenden ärztlichen Gutachten zu prüfen haben, sie allein sollen das Recht haben, zu entscheiden, ob und welcher Sachverständige zur weiteren Aufklärung des Falles zu hören ist, und soll das bisherige Verfahren, dass es in das Ermessen des Gerichtes gestellt ist, welchen Sachverständigen sie hören wollen, gesetzlich beseitigt werden.

Ich halte es in der That für einen unhaltbaren Zustand, dass ein Laie darüber zu entscheiden hat, wer in ärztlichen Dingen die grössere Autorität ist. Der zuständige Arzt des Reichsversicherungsamtes soll im Termin als Referent über die ärztliche Frage auftreten und soll ebenso, wie der Vertrauensarzt beim Schiedsgericht, jeder Zeit das Wort ergreifen können.

Das Ergebniss meiner heutigen Ausführungen ist also in Kurzem: Der Arzt kann und soll bei allen drei Instanzen niemals eine andere Rolle beanspruchen, als die eines vollständig unabhängigen sachverständigen Berathers. Er soll niemals beanspruchen, durch eigne Stimmabgabe an den Entscheidungen Theil zu nehmen, die vielfach durch äussere Umstände beeinflusst werden müssen, deren Kenntniss sich dem Arzte entzieht. Bleibt er dieser seiner Rolle als Sachverständiger getreu, so kann er in allen Instanzen den grössten Einfluss gewinnen, ohne Sitz und Stimme zu haben. Während ich es den Berufsgenossenschaften überlassen will, ob sie sich in richtiger Erkenntniss ihres eignen Vortheiles ärztliche Berather beschaffen wollen, will ich beim Schiedsgericht fest angestellte Vertrauensärzte, deren Befragung nicht von dem Ermessen der einzelnen Vorsitzenden abhängig, sondern in jedem Fall obligatorisch ist.

Im Reichsversicherungsamt endlich, das zu seinen ständi-

gen Mitgliedern neben einer grossen Zahl von Juristen auch einige Techniker zählt, verlange ich ständige Mitglieder aus dem Aerztestande. Sie sollen die ärztliche Streitfrage durch ihre Anordnungen und Massnahmen vollständig erledigen, ehe es zur Verhandlung im Termin kommt, und der Gerichtshof soll wie jeder andere Gerichtshof das Recht haben, sich willkürlich über die Gutachten der Sachverständigen hinweg zu setzen, es soll ihm aber nicht gestattet sein, aus eigenem Ermessen Gutachten sich zu beschaffen, deren Tendenz derselbe aus der Person des Begutachters errathen zu können glaubt.

Verlust eines Auges durch Tripperkrankung der Bindehaut in Konkurrenz mit einem leichten Betriebsunfall.

Von
Dr. **Brandenburg**-Trier.
Augenarzt.

Der Brauergehilfe Chr. B. zu T. litt an einem akuten Harnröhrentripper. Nach einigen Tagen traten die ersten Zeichen einer Bindehautblennorrhoe eines Auges auf, denen B. keine Beachtung schenkte. Da hatte er das Unglück oder eher das Glück, dass ihm im Betriebe ein Stückchen Schlacke in das kranke Auge flog.

Am nächsten Tage war der Bindehauttripper auf der Höhe und als B. jetzt den Arzt aufsuchte, war auch schon die Hornhautverschwärung im Gange, der schliesslich die Hornhaut zum Opfer fiel. Der Ausgang war Schrumpfung und Erblindung des Auges. B. erhob Anspruch auf Unfallrente, die ihm von der Berufsgenossenschaft auch mit 20 Prozent zugebilligt wurde, gemäss dem Grundsatze, dass eine ursächliche Verbindung zwischen Betriebsunfall und Invalidität auch dann gegeben ist, wenn eine krankhafte Körperbeschaffenheit schon vor dem Unfall da war und wenn das Unfalls-Ereigniss auch durchaus nebensächlicher Art ist, ja wenn auch ohne dasselbe der gleiche Ausgang wahrscheinlich oder möglich gewesen wäre.

Im mitgetheilten Falle ist bemerkenswerth, dass diese liberale Auffassung auch auf ein durch „geschlechtliche Ausschweifung" entstandenes Leiden ausgedehnt worden ist, während sonst die venerischen Leiden in unserer sozialen Gesetzgebung einer ungerechtfertigt harten Auffassung unterworfen sind. Allerdings hat sich im erwähnten Falle nur die Berufsgenossenschaft mit der Sache zu befassen gehabt. Möglicherweise hätten die oberen Instanzen anders entschieden. Vielleicht wirkte der Gedanke an die „geschlechtliche Ausschweifung" als psychologisches Moment bei der Festsetzung der Höhe der Rente mit, denn B. erhielt für sein verlorenes Auge nur 20 Prozent statt der übrigen 25 bis $33^1/_3$.

Die Begutachtung von Wohnungen.

Von
Sanitäts-Rath Dr. **Kolm**-Berlin.

II.

Wird das ärztliche Gutachten von Seiten einer Behörde erfordert beim Bau oder Neueinrichtung von gewerblichen Anlagen, öffentlichen Gebäuden der verschiedensten Art, Schulen, Kranken-, Armenhäusern, Asyle, Siechenanstalten, Kasernen, Gefängnisse etc., so werden in Bezug auf die gesundheitlichen Verhältnisse die bisher erörterten Grundsätze massgebend sein. Die Anwendung derselben, wird sich richten müssen nach dem Zwecke, welchem diese dienen sollen. Auf alle Einzelheiten hier einzugehen, liegt ausserhalb des Rahmens dieser kurzen Besprechung. Die Belehrung darüber ist in jedem Einzelfalle aus Spezialwerken zu holen. Falls es sich um irgend welche, für bereits bestehende Baulichkeiten öffentlicher oder privater Natur zu befürchtende, gesundheitliche Schäden durch Neueinrichtung von Betrieben oder Fabriken handelt, so ist der § 16 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich massgebend, welcher besagt, dass die Errichtung von Anlagen, welche Nachtheile, Gefahren oder Belästigungen der benachbarten Grundstücke, deren Bewohner, oder das Publikum herbeiführen können, der Genehmigung der zuständigen Behörden unterliegt. Es wird Sache des begutachtenden Arztes sein, auf die Gefahren, die entstehen können, aufmerksam zu machen und Einspruch gegen die Errichtung solcher Anlagen rechtzeitig zu veranlassen.

Viel häufiger wird das sachverständige Urtheil des Arztes verlangt, um festzustellen, ob Klagen über Nachtheile und Gesundheitsschädigungen, die sich bei bereits in Gebrauch befindlichen Gebäuden oder Wohnungen geltend gemacht haben sollen, gerechtfertigt sind. Die Schäden können entweder veranlasst sein durch die Nachbarschaft, oder in dem Hause beziehungsweise der Wohnung selbst liegen. Was die ersteren anbelangt, so können sie herbeigeführt werden zuvörderst durch Effluvien der verschiedensten Art, welche durch gewerbliche Anlagen, Ablagerungsstätten von gewerblichen, menschlichen oder thierischen Abgängen herbeigeführt werden. Immer wird es sich in diesen Fällen darum handeln, dass den Bewohnern der zur Erhaltung der Gesundheit so dringend nothwendige Genuss der frischen Luft verkümmert wird, wenn diese durch die besagten Effluvien verschlechtert wird. Es gehören hierher die Dämpfe von mineralischen Säuren, Fettsäuren, amoniakalischen Dämpfen oder anderen alkalischen scharfen Gasen, brenzlichen Stoffen, Kohlenoxydgas, Schwefelwasserstoff und die durch die Fäulniss besonders eiweisshaltiger Stoffe sich entwickelnden fauligen Gase etc. Sie alle wirken entweder reizend auf die Schleimhäute der Luft- und Verdauungswege, der Augen, oder betäubend oder ekelerregend und bewirken dadurch die verschiedensten Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungsorgane, der Augen und auch des Centralnervensystems. Um sich gegen solche Dämpfe zu schützen, sind die Bewohner genöthigt, die Fenster der Wohnungen geschlossen zu halten, wodurch ihnen der Genuss der für die Gesundheit durchaus erforderlichen frischen Luft verloren geht und die Innenluft des Hauses durch die mangelhafte Ventilation erheblich verschlechtert wird. Vielfach werden diese Gase auch trotz der geschlossen gehaltenen Thüren und Fenster in das Innere der Häuser dringen und dort die Luft verunreinigen. Hat der begutachtende Arzt sich durch genaue Feststellung über die Natur und Entstehung der schädlichen Dämpfe, wenn nöthig durch mehrfache Besuche zu verschiedenen Tageszeiten und Windrichtungen informirt und die Beschwerden gerechtfertigt befunden, so wird er nicht anstehen, die Beseitigung des gesundheitschädigenden Betriebes in seinem Gutachten zu fordern. Der § 51 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich giebt die Möglichkeit, die fernere Benutzung derartiger Betriebe zu untersagen. Auch das Preussische Oberverwaltungsgericht hat sich bereits mehrfach dahin ausgesprochen, dass Betriebe, welche für die Bewohner der Nachbarschaft eine Beeinträchtigung der Zufuhr genügender frischer Luft herbeiführen oder Ekel erregend sind, nicht zu dulden sind (cf. Entscheidung vom 12. Dezember 1894). Es gehören hierher zweifellos auch Anlagen, welche geeignet sind, durch ausserordentliche Staubentwickelung die Luft zu verunreinigen, wie Schuttablagerungen, Lumpensortirungen, Teppichreinigungsanstalten, Müllereien, Hutfabrikationen, Kalk- und Gypsöfen etc. etc. Vielfach kommen bei derartigen Anlagen noch neben der Staubentwickelung ekelerregende faulige Dünste oder Verbreitung von Infektionsstoffen in Frage, wie bei den Lumpen- und Knochensortirungen. Bei den Lagerstätten für Schutt

und Hausmüll ist noch der lästigen Fliegenplage zu gedenken, welche die Anwohner beschwert und welche auch Gelegenheit zur Verbreitung von Infektionskrankheiten für Thiere und Menschen bietet. Eine Verunreinigung der Luft wird ferner noch herbeigeführt durch Rauchentwickelung, welche zu zahlreichen Klagen Veranlassung giebt und ärztliche Gutachten erfordern kann. Es wird hierbei besonders zu betonen sein, dass sich dabei brenzliche Gase, Kohlenoxydgas, schweflige Säure entwickeln, welche die Athmungsorgane beeinträchtigen, die Augenschleimhäute reizen, dass starke Rauchentwickelung die für die Gesundheit nothwendige frische Luft und Licht entzieht, dass durch Russablagerungen Speisen verunreinigt und Sachbeschädigungen an den verschiedensten denselben ausgesetzten Utensilien, wie Fenster, Gardinen, Hausrath, Thüren etc., herbeigeführt werden. Selbstverständlich wird der begutachtende Arzt stets sorgfältig feststellen müssen, ob derartige Schädigungen vorliegen. In den meisten Fällen wird eine Erhöhung der Schornsteine über die Dächer der Nachbarhäuser zur Abhilfe genügen.

Die Nachtheile und Gesundheitsstörungen, welche durch die Nachbarschaft verursacht werden, können weiter herrühren von Entwickelung störender Geräusche, sowohl durch die Thätigkeit von Maschinen, als auch die von Menschen, wie z. B. bei Kessel- und Blechschmieden, Kürschnern, verschiedenen Dampfmaschinen, Nähmaschinen etc. Es ist durch die Erfahrung festgestellt, dass durch ununterbrochene derartige Geräusche, namentlich wenn bei Nachtarbeit die Nachtruhe der Umwohner beeinträchtigt wird, sich hochgradige Nervosität und Störungen im Bereiche des Centralnervensystems, oft auch Taubheit entwickeln könne. Durch eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 26. September 1892 ist dies auch anerkannt und als triftiger Grund zur Abhilfe hingestellt worden. Der begutachtende Arzt wird sich daher darüber auszusprechen haben, dass Geräusche so dauernd und so intensiv sind, dass die betreffenden Gesundheitsstörungen entweder schon sich nachweisen oder mit Sicherheit erwarten lassen. Bei grossen maschinellen Einrichtungen sind oft kleine technische Aenderungen, mitunter eine Veränderung des Standortes der Maschinen, im Stande, die hervorgetretenen Uebelstände zu beseitigen. Bei kleinen häuslichen Maschinen ergeben oft Unterlagen von Filz oder Kork genügende Schalldämpfung, so dass diese als Abhilfe zu empfehlen sind. (Vergleiche Entscheidungen des Ober-Verwaltungs-Gerichts in dieser Nummer.)

Zu erwähnen sind ferner als Störungen durch die Nachbarschaft die Beschränkungen der Lichtzufuhr, die mitunter durch Aufführung von Neubauten eintreten. Die Baupolizeiordnungen der einzelnen Städte geben dafür die nöthigen Anhaltspunkte für den begutachtenden Arzt. Dass die Beschränkung des Sonnenlichts verschiedene Gesundheitsstörungen herbeiführen kann, ist durch die Erfahrung und Experimente genügend festgestellt. Dies wird der begutachtende Arzt stets bei Beschränkung der Hofräume durch Aufführung von Gebäuden in demselben zu berücksichtigen haben. Nur kurz darauf hinzuweisen ist noch, dass mitunter Klagen von Hausbewohnern über zu blendendes Licht, hervorgebracht durch Spiegelung, zur ärztlichen Untersuchung Veranlassung geben können. Dass derartiges grelles Licht den Augen schädlich sein kann, ist zweifellos. — Schliesslich sind noch diejenigen Nachtheile anzuführen, welche einem Hause oder einer Wohnung durch Verunreinigung des Bodens und Wassers entweder durch thierische oder menschliche Abgänge, oder durch einzelne Fabrikbetriebe erwachsen. Ställe für Thiere, Düngergruben, Ablagerungsstätten für allerhand Unrath, Müll etc. sollen möglichst entfernt von menschlichen Wohnungen angelegt werden, da Verunreinigungen des Bodens mit Jauche, Fäulnissgasen dadurch entstehen können, auch Verunreinigung des Grund- bezw. des Trinkwassers herbeigeführt werden und schliesslich Brutstätten für pathogene Bakterien sich dort entwickeln. Eine Entfernung von 30 Meter von dem nächsten Brunnen ist zum Mindesten zu fordern für Anlage von Dungstätten. Dass auch frei lagerndes Hausmüll und abgeführte Schneemassen solche Verunreinigungen herbeiführen können, ist zweifellos. Beide enthalten zahlreiche menschliche und thierische, sowie pflanzliche Abgänge, die durch Regen und Abthauen ausgelaugt werden und den Boden dann durchtränken. Letztere haben überdies noch den besonderen Nachtheil, dass sie in der Nachbarschaft bewohnter Häuser dem Boden und dadurch den Häusern eine grosse Masse Feuchtigkeit und Kälte zuführen. Diese Gesichtspunkte sind von dem begutachtenden Arzte stets geltend zu machen. Nicht weniger bedenklich in der Nähe von bewohnten Häusern, Brunnen sind die Abgänge und Schmutzwässer verschiedener Fabrikbetriebe. Sie können durch Zuführung von fauligen, ätzenden, festen, flüssigen oder gasartigen Stoffen den Boden und das Grund- bezw. Trinkwasser in hohem Grade verunreinigen und zu Krankheitsentwickelung Veranlassung geben. Selbstverständlich hat der begutachtende Arzt sich in jedem Falle über die schädliche Beschaffenheit der betreffenden Abgänge auszusprechen und den Nachweis zu führen, dass dieselben die vorgefundenen Verunreinigungen herbeigeführt haben. —

Ich gehe nun über zu denjenigen Schädlichkeiten für die Gesundheit, welche sich in einem Hause oder einer Wohnung selbst geltend gemacht haben und dadurch Veranlassung zu behördlichem Einschreiten und Extrahirung eines ärztlichen Gutachtens geben können. In den meisten Fällen werden grosse Feuchtigkeit, Mangel an genügender Luft- und Lichtzufuhr den Gegenstand der Klage und des behördlichen Einschreitens bilden. Bereits in dem ersten Theile sind die hier massgebenden Gesichtspunkte erörtert, so dass ich darauf nur kurz verweisen kann, um Wiederholungen zu vermeiden. Dass durch Feuchtigkeit des Untergrundes, der Mauern, Mangel an Licht, Unreinheit der Innenluft, excessiv hohe Temperaturen Gesundheitsstörungen herbeigeführt werden, ist dort erwähnt. Dass Kellerwohnungen, Hofwohnungen mit ihrer feuchten kohlensäurereichen Luft und ihrem Mangel an Licht, Neubauten mit ihren oft noch so feuchten Wänden, Mansarden unter Dach mit ihren oft so hohen Sommertemperaturen eine grössere Morbidität als lichte trockene Räume und weniger hohe Geschosse zeigen, ist durch zahlreiche Beobachtungen erwiesen. Als spezielle Hauskrankheiten werden genannt Skrophulose, Tuberkulose, Diphtherie, Cerebrospinalmeningitis, Rheumatismus acutus und chronicus, Intermittens, chronische Bronchitis, sommerliche Durchfälle. Der begutachtende Arzt wird also Angaben der Bewohner über derartige Krankheiten nicht ohne Weiteres zurückweisen können, und zu prüfen haben, ob in der That die betreffende Wohnung oder das Haus die oben angeführten Mängel zeigt und die Krankheiten dadurch entstanden sind. Besonders bei feuchten Wohnungen ist festzustellen, ob der Untergrund sehr feucht ist, ob die Feuchtigkeit einer Wand sich durch alle Stockwerke erstreckt, oder auf eine Wohnung beschränkt ist, ob mangelhafte Bodendrainage oder schadhafte Dachtraufen vorhanden sind, ob die Feuchtigkeit durch die Bewohner selbst durch ungenügendes Lüften, Aufhängen feuchter Wäsche, vieles Ausgiessen und Kochen von Wasser und Scheuern herrührt. Durch Abschlagen des Putzes an den feuchten Wänden ist zu prüfen, ob die inneren Schichten der Wand trocken sind. Es ist auf die Schwamm- und Schimmelpilzwucherungen an verschiedenen Stellen der Wände, des Fussbodens, unter den Fenstern, in Winkeln, an der Decke, an

den verschiedensten Utensilien, Möbeln, Betten, Kleidern etc. zu achten, und festzustellen, ob etwa schadhafte Wasserrohre, mangelhafte Abgüsse oder schlecht konstruirte Wasserrohre in den Küchen vorhanden sind. Erscheinen nach eingehender Prüfung die Klagen begründet, so wird das Gutachten dahin zu lauten haben, dass bei dem gegenwärtigen Zustande einer Wohnung diese für den dauernden Aufenthalt von Menschen ungeeignet erscheint. In ähnlicher Weise hat sich der Sachverständige bei nachgewiesener ungenügender Luftzufuhr auszusprechen. Bei mangelhafter Zu- und Abfuhr von Luft wird, falls eine solche möglich ist, auf Anbringung geeigneter Ventilation, namentlich für Räume, welche zur Benutzung einer grossen Anzahl von Menschen dienen, wie Restaurants etc., zu dringen sein. Ist diese nicht möglich, so ist die Benutzung als nicht mit dem sanitären Interesse vereinbar hinzustellen.

Zu ferneren Klagen über Gesundheitsstörungen innerhalb des Hauses geben unzureichende Raumverhältnisse Veranlassung. Behördliches Einschreiten wird dadurch namentlich herbeigeführt, wenn es sich um Schulen, Gefängnisse, Wohnungen für Haltekinder, Schlafstellen, Entbindungsanstalten, Krankenanstalten, Asyle etc. handelt. Zumeist bestehen örtliche Polizeivorschriften, welche die zu stellenden Anforderungen bestimmen. In seltenen Fällen werden Gesundheitsbeschädigungen durch giftige Farbenanstriche beziehungsweise giftige Tapeten, namentlich arsenhaltige, hervorgerufen. Mangelhafte Heizeinrichtungen, die Störungen herbeiführen können, sind ferner noch in Betracht zu ziehen. Zumeist wird es sich um Rauchentwickelung handeln. Weniger häufig wird der Sachverständige sein Gutachten darüber abzugeben haben, ob eine Wohnung im Winter unbewohnbar sei durch ungenügende Erwärmung der Räume. Werden trotz fortgesetztem dauerndem Heizen höchstens bis 10° R in einem Zimmer erzielt, so ist dieses als zum dauernden Aufenthalt von Menschen ungenügend zu bezeichnen. Eine Durchschnittswärme von 14°—15° R kann gefordert werden. Zum Schluss sind noch fehlerhafte Closet- und Wassereinrichtungen, sowie Gasleitungen in der Wohnung anzuführen. Während Erstere durch Entwickelung von fauligen Dünsten, Schwefelwasserstoff, amoniakalische Gase etc. die Gesundheit beeinträchtigen können, werden die Zweiten durch Entwickelung von Feuchtigkeit oder durch unzureichende Ausgüsse und Ansammlung von fauligen Stoffen, schadhafte Gasleitungen, abgesehen von der Feuersgefahr durch Entweichen von Leuchtgas, Gesundheitsstörungen hervorrufen können. Das Erforderliche, namentlich auch über die Zahl der Closets, in stark bewohnten Häusern ist bereits im ersten Theil ausgeführt.

Hiermit schliesse ich diese kurze Betrachtung mit dem Wunsche, dass die begutachtenden Herren Kollegen darin wenigstens einen Fingerzeig für die in Betracht kommenden Gesichtspunkte finden mögen. Auf wichtige Einzelheiten wird vielleicht in späteren Artikeln genauer eingegangen werden.

Gutachten über eine Unfall-Verletzung am rechten Unterarm.

Von

Sanitätsrath Dr. **L. Becker.**

Auf Requisition des Schiedsgerichts für Unfall-Versicherungssachen untersuchte ich heute zur Feststellung seiner Erwerbsfähigkeit den Tischler Carl F., geboren den 2. Dezember 1843.

Derselbe giebt in Uebereinstimmung mit den Akten an, dass er am 1. Juni 1891 bei der Arbeit von einer Leiter abgerutscht sei, und mit der rechten Hand in eine hinter ihm stehende Spiegelscheibe gerathen, dabei habe er sich eine Wunde des rechten Unterarmes zugezogen, welche die Weichtheile bis auf den Knochen durchschnitten hatte. Darauf ist er 3 Wochen in der Königlichen Universitäts-Klinik behandelt worden. — Durch schiedsgerichtliches Erkenntniss vom 16. August 1892, bestätigt vom Reichs-Versicherungs-Amt, ist ihm eine Rente von $33^1/_3$ Prozent der Vollrente zugebilligt; diese soll ihm jetzt durch die Berufsgenossenschaft herabgesetzt werden auf 15 Prozent. Er behauptet aber, dass sich die Gebrauchsfähigkeit seines rechten Armes seit dem August 1892 nicht gebessert habe; vielmehr hätte sich dieselbe eher verschlechtert, denn der Mittelfinger sei jetzt schlimmer wie im August 1892, und die Kräfte des Armes und der Hand haben sich nicht gebessert; er hätte noch immer Schmerzen, die bei grösserer Anstrengung stärker werden und ihm durch ihr Kribbeln und Krabbeln, welches danach zurückbleibt, sogar den Schlaf in der Nacht stören. In Folge dieser Beschwerden könne er nicht so arbeiten wie früher; schwere Arbeit könne er nicht leisten, sondern nur leichte; er verdiene kaum zwei Drittel von dem, was er früher durch seine Arbeit verdiente. — Ausserdem leidet er an einem linksseitigen Leistenbruch, von dem er nicht urtheilen will, ob er mit dem Unfall zusammenhängt. — Sonstige Fehler hatte er nicht. —

Bei der Untersuchung bemerkt man bei dem im Uebrigen gesunden, ziemlich kräftigen und gut genährten Manne an der Rückseite des rechten Unterarmes 8 cm unterhalb des Ellenbogengelenks 3 etwa 5 cm lange, querverlaufende Narben, welche weisslich gefärbt und bei Druck nicht empfindlich sind, aber mit den darüberliegenden Knochen fest verwachsen und nicht mit der Haut verschieblich sind. — Die Messung des Umfangs ergiebt über der dicksten Stelle des Oberarmes rechts 24,5, bei stärkster Anspannung des Muskels 28,5, — links 24,5 bezw. 29,0; rechts über der dicksten Stelle des Unterarmes 25,5 — links 25,5; — die Hände ohne Daumen rechts 20,0 — links 21,5. An der rechten Hand bemerkt man einen deutlichen Schwund der Streckmuskulatur, besonders derjenigen des Daumens und des kleinen Fingers, aber auch der Zwischenfingermuskeln. — Die Finger der rechten Hand stehen in etwas gekrümmter Stellung; sie können nicht vollständig gestreckt werden. Bei stärkster Beugung der Finger berührt der Mittelfinger und Zeigefinger den Handteller, der Ring- und kleine Finger bleiben je 1 cm von der Handfläche ab. Der Daumen ist unbehindert und frei zu bewegen, nur die Streckung des rechten Daumens nach dem Handrücken und nach dem Unterarm zu ist nicht so ausgiebig ausführbar als linkerseits. — Bei stärkster Streckung bleiben der kleine, Ring- und Mittelfinger in leicht gekrümmter Stellung, während der Zeigefinger ganz gerade gestreckt werden kann. — Bei stärkster Spreizung der Finger bleibt der Zwischenraum zwischen Ring- und Mittelfinger einerseits, und Mittel- und Zeigefinger andererseits geringer als an der unverletzten linken Hand. Die Spreizung und Zusammenführung der Finger ist zwischen Mittel-, Ring- und kleinem Finger abgeschwächt. Am Handteller bemerkt man am Daumen Schwielen, während die inneren Seiten des kleinen und Ringfingers sowie die Fläche oberhalb des Grundgliedes des Zeigefingers von zarterer Haut bedeckt sind, die letzgenannten Stellen zeigen auch bei der Berührung mit Nadelspitzen deutlich eine Abstumpfung des Gefühls — Der Händedruck rechts ist ganz erheblich schwächer als links. — Es besteht ein durch Bruchband zurückgehaltener linksseitiger Leistenbruch. —

Dieser Befund stimmt bis auf geringe, unerhebliche Abweichungen mit dem in den Akten befindlichen Befunde des Gutachtens des Herrn Dr. B. vom 21. Mai 1894 (S. 69 der Berufsgen.-Akten) überein. Die kleinen Unterschiede in den Messungen von 0,5 cm sind ganz unerheblich, da sie durch stärkeres oder schwächeres Anziehen des Messbandes bedingt

sein können und auch keine wesentlichen Merkmale darstellen. — Das Wesentliche, um was es sich bei dieser Verletzung des p. F. handelt, ist der Umstand, dass in Folge der Verletzung der Nerven ein Schwund der Muskulatur der Finger eingetreten ist. Dieser Schwund der Muskulatur prägt sich ganz exquisit deutlich und fühlbar am Kleinfingerballen aus, aber auch an der Rückseite des Daumenballens und an den Zwischenfingermuskeln, und markirt sich eben so deutlich durch theilweise Bewegungsstörungen, besonders aber durch eine ausgeprägte Schwäche des Drucks der ganzen rechten Hand, welcher noch nicht halb so kräftig ist als derjenige der linken Hand.

In dem eben angegebenen Befunde der rechten Hand des p. F. ist irgend ein wesentliche Besserung gegen den Zustand, wie es in dem Gutachten des Dr. B. vom 16. August 1892 worauf sich das schiedsgerichtliche Erkenntniss stützt, beschrieben ist, nicht zu finden, insbesondere ist die Schwäche der Hand im Ganzen, wie sie durch den Schwund der Muskulatur in Folge der Nervenverletzung bedingt wird, ebenso geblieben; dazu macht sich eine in dem Gutachten vom 16. August 1892 nicht erwähnte Abstumpfung des Gefühls einzelner Finger bemerkbar. — Die Erwerbsbeschränkung des p. F. beträgt noch immer ein Drittel seiner früheren Erwerbsfähigkeit.

Der linksseitige Leistenbruch steht in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall und kann daher ausser Betracht bleiben. —

Danach fasse ich mein Schlussgutachten dahin zusammen, dass seit dem Schiedsgerichtsurtheil vom 16. August 1892 eine wesentliche Besserung in dem Zustande des p. F. nicht eingetreten ist.

Dieses bescheinige ich pflichtgemäss mit der Versicherung, dass ich die Angaben des p. F. wahrheitsgetreu wiedergegeben und mein Urtheil nach bestem Wissen auf Grund meiner Wahrnehmungen abgegeben habe.

Berlin, im Oktober 1894.

Referate.

Das Puerperalfieber in forensischer Beziehung.

Von Kr.-Phys. San.-Rath Dr. M. Freyer-Stettin.

(Zeitschr. für Medizinalbeamte, 1894, No. 23.)

Mehrere gerichtliche Fälle, die Verfasser zu begutachten hatte, und in denen der in Frage stehende Tod in Folge von Puerperalfieber den betheiligten Hebammen, in einem Falle einer Pfuscherin zur Last gelegt wurde, haben ihm den Anlass zur Besprechung dieses Themas gegeben. Die gerichtliche Beweisführung spitzte sich in diesen Fällen zu der Frage zu, ob die genannten Personen es bei der Entbindung an den nothwendigen bezw. vorgeschriebenen Desinfektionsmassnahmen hätten fehlen lassen. Bei einer Pfuscherin sei dies selbstverständlich stets der Fall; bei den Hebammen dagegen kann dieser Schluss meist nur in den Fällen gezogen werden, in denen ihnen entweder die Unterlassung der vorgeschriebenen Massnahmen überhaupt, oder die direkte Uebertragung des Kindbettfiebers von Fall zu Fall nachgewiesen werden kann. Wo aber dieser letztere Beweis nicht zu führen ist, insbesondere, wo es sich nur um vereinzelte Fälle von Puerperalfiebertod handelt, wird die gerichtliche Schuldfrage sofort ins Schwanken gebracht durch die weitere Frage, ob nicht das Kindbettfieber auch ohne Zuthun bezw. Unterlassen seitens der bei der Entbindung betheiligten Person hätte eintreten können, da doch Fälle von sogenannter Selbstinfektion bekannt seien. Es handelt sich also darum, ob man in der Lage ist, neben dem gerichtlichen Indizienbeweis den strickten wissenschaftlichen Beweis zu führen, dass im gegebenen Falle keine Selbstinfektion, sondern eine von aussen bewirkte, und zwar ausdrücklich durch dritte Personen bewirkte Einimpfung des Infektionsstoffes in den Körper der Erkrankten stattgefunden hat. — Die Möglichkeit des Vorkommens selbst von Sterbefällen an Kindbettfieber in Folge einer sog. Selbstinfektion werde von massgebenden Autoritäten anerkannt, und so lange dies geschieht, wird sie auch vor Gericht massgebend bleiben, wenn nicht im gegebenen Falle ausdrücklich bewiesen werden kann, dass ein solcher Fall von Selbstinfektion nicht vorliegt. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen kommt Verfasser zu dem Resultat, dass weder die Bakteriologie, noch der pathologisch-anatomische Befund, noch endlich der klinische Verlauf uns den gewünschten Aufschluss zu geben vermag; jedoch hält er die Annahme für berechtigt, dass Todesfälle in Folge von Selbstinfektion einwandfrei noch nicht beobachtet sind. Er stellt daher für die gerichtliche Begutachtung in Fällen von Kindbettfieber folgende Sätze auf:

1. Puerperale Todesfälle sind im Allgemeinen als durch Infektion seitens Dritter entstanden anzusehen, ohne dass Selbstinfektion wesentlich dabei in Frage zu kommen hat.
2. Puerperale Erkrankungsfälle bedürfen bei ihrer gerichtsärztlichen Beurtheilung auch weiterer Mitberücksichtigung der für die Selbstinfektion in Frage kommenden Momente.

B.

Zur Lehre von der forensischen Bedeutung der Gonokokkenbefunde in alten Flecken.

Von Dr. Leo Wachholz und Dr. Julius Nowak.

(Vierteljahresschr. f. gerichtl. Medizin, 1895).

Die Verfasser berichten über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen, welche sie aus Anlass eines gerichtlichen Falles ausgeführt haben; in einem Nothzuchts-Prozess hatten sie auf Grund des Nachweises von Gonokokken ähnlichen Mikroorganismen in einem Fleck am Unterrock eines Mädchens nach den Methoden von Wertheim, Finger, Lanz und Gram ihr Gutachten dahin abgegeben, dass der Fleck von Eiter und zwar wahrscheinlich von Trippereiter stammte. Zu ihrer Ueberraschung erfuhren sie aber, dass sowohl bei der ersten gerichtsärztlichen Besichtigung des Angeklagten und der Misshandelten, sowie auch bei der zweiten, aus Anlass dieses Gutachtens vorgenommenen, die Genitalien Beider in zufriedenstellend gesundem Zustande befunden worden. Auf Grund dieser unangenehmen Erfahrung fassen sie ihre Meinung in nachstehenden Thesen zusammen:

1. Man ist bis nun keineswegs berechtigt, in forensischen Fällen, die sowohl im Harnröhren- bezw. Vaginalsekret wie auch in den von denselben herstammenden Flecken gonokokkenähnliche Mikroorganismen als echte Gonokokken anzusehen, da in den von den Verfassern hergestellten Präparaten sich Diplokokken vorfanden, welche in jeder, sowohl in morphologischer wie in mikrochemischer Hinsicht dem echten Gonokokkus täuschend ähnlich sahen und trotzdem keine echten Gonokokken waren, da ihnen keine spezifische Wirkung zu Grunde lag.
2. Man ist nicht berechtigt, den Gonokokkus mit solchen Mikroorganismen zu vergleichen, welche, wie z. B. der Tuberkelbacillus, schon durch ihr mikrochemisches Verhalten als solche zu erkennen sind.
3. Ohne Kultur und positive Uebertragungserfolge (an Hunden) ist es gewagt, nur dem morphologischen Bilde nach verdächtige Mikroorganismen als echte Gonokokken zu erklären.

4. Für diese Untersuchungen ist viel bakteriologische Gewandtheit und viel Aufmerksamkeit erforderlich.
5. Bestrebungen, in alten Flecken Gonokokken unwiderleglich festzustellen, sind aussichts- und bedeutungslos.

B.

Die Vornahme von Untersuchungen am lebenden menschlichen Körper als Prozessmassregel.

Von Dr. E. Beling, Gerichts-Assessor, Privatdozent.
(Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft. Band XV. Heft 3.)

Verfasser gelangt auf Grund seiner Erwägungen zu der Ueberzeugung, dass nach bestehendem Rechte in einer Strafsache sowohl als in einem bürgerlichen Rechsstreite Niemand, ausser ein Beschuldigter, eine Untersuchung seines Körpers als Beweismittel zu dulden brauche, ja dass nicht einmal eine Verpflichtung eines zu Entmündigenden bestehe, sich zur ärztlichen Untersuchung zu gestellen, bezw. derselben Stand zu halten.

Wenn Verfasser in seinen Auseinandersetzungen ausführt, dass, falls überhaupt eine solche Duldungspflicht zur Untersuchung bestehen würde, es nach juridischer Auffassung gleich sei, ob es sich dann nur um eine blosse Sinneswahrnehmung oder um eine Unterstützung derselben durch Anwendung von Instrumenten (zum Beispiel Kehlkopfspiegeln), oder gar um ein Eingeben von Medikamenten, um deren Einwirkung auf den Körper zu beobachten, handele, ja dass sogar ein operativer Eingriff in Frage kommen könne, ohne den über die beweiserhebliche Thatsache Klarheit nicht zu erlangen sei, so scheint uns diese Ausdehnung logisch anfechtbar. Es muss doch einen Unterschied machen, ob man verpflichtet ist, einen bestehenden Zustand an seinem Körper feststellen zu lassen oder einen Eingriff in die Unversehrtheit des bestehenden Zustandes durch Arzenei- und Operationsfolgen zu dulden.

Die folgende praktische Schlussfolgerung kann der Arzt jedenfalls aus den Ausführungen des Juristen in diesem Fall ziehen.

Wenn wirklich die Verpflichtung zur Duldung einer Untersuchung gesetzlich auf so schwachem Boden steht, dann wird der Arzt bei Auftragertheilung Privater zur Untersuchung von Dritten, zum Beispiel bei der beliebten Aufforderung der Gesindeherrschaft zur Untersuchung von Dienstmädchen auf Schwangerschaft oder Geschlechtskrankheit, sich besonderer Vorsicht befleissigen müssen: Sonst setzt er sich in seinem Pflichteifer Unannehmlichkeiten aus, deren Tragweite beträchtlich werden kann. L.

Gebührenwesen.

Die Medizinal-Beamten-Zeitung bespricht in ihrer No. 4 vom 15. Februar 1895 die von Herrn Sanitäts-Rath Dr. Kollm in unserer Zeitung in No. 3 gebrachte Mittheilung über zwei abweichende gerichtliche Entscheidungen des Berliner Landgerichts und des Kammergerichts, nach welcher letzteren ein Sachverständiger für einen vergeblich gemachten Vorbesuch keine Gebühren beanspruchen kann, und bedauert es, dass seitens des Kollegen Dr. Kollm keine Beschwerde beim Reichsgericht erhoben ist, „die im vorliegenden Falle angängig gewesen wäre und sicherlich zur Aufhebung des Kammergerichts-Beschlusses geführt hätte". Dem gegenüber können wir erwidern, dass seitens des Kollegen Dr. Kollm von juristischer Seite eingezogene Informationen ergeben haben, dass eine weitere Beschwerde an das Reichsgericht in diesem Falle nicht zulässig war, weil die Beschlüsse des Landgerichts und des Kammergerichts sich nicht vollständig gegenüberstehen, vielmehr insofern decken, als die Gebühren für den erfolgreichen Vorbesuch zugebilligt werden. Die Sache sei deshalb mit dem Urtheil des Kammergerichts erledigt. B.

Die Deutsche Medizin. Wochenschrift enthält in No. 7 dieses Jahrganges folgenden Beitrag zur ärztlichen Honorarfrage von juristischer Seite:

„In der Abendausgabe der Vossischen Zeitung vom 29. Januar d. J. theilte ein Arzt einen Fall mit, in welchem er einem Kinde ohne Wissen des Vaters nach einem Unfall die erste nothwendige Hilfe geleistet hatte, mit seiner gegen den Vater des Kindes gerichteten Klage auf Zahlung des Honorars und der Auslagen für Verbandzeug u. s. w. aber in zwei Instanzen aus dem Grunde abgewiesen war, weil der Vater zur ärztlichen Behandlung seines Kindes keinen Auftrag gegeben hatte. An dieser Entscheidung Kritik zu üben, liegt uns schon deshalb fern, weil uns der Wortlaut derselben nicht vorliegt und darum nicht zu beurtheilen ist, ob die Klage in sachgemässer Weise begründet war. Hier soll nur der Meinung entgegengetreten werden, als ob in Fällen dieser Art der Arzt für seine Forderungen des gerichtlichen Schutzes entbehre. Dass dabei von einem den Vater verpflichtenden Auftrage nicht die Rede sein kann, ist allerdings ohne Weiteres klar. Nach § 231, Theil I, Titel 13 des Allgemeinen Landrechts muss aber auch Derjenige, welcher aus dem ohne Auftrag von einem anderen besorgten Geschäfte Vortheil geniesst, den Anderen, so weit als dieser Vortheil reicht, schadlos halten, und nach dem darauf folgenden § 232 gehören zu solchen Vortheilen auch Handlungen eines Anderen, wofür derselbe bezahlt zu werden pflegt. Der Vater ist gemäss § 65, Theil II, Titel 2 des Allgemeinen Landrechts verpflichtet, die Kosten der Verpflegung des Kindes, wozu auch diejenigen der nothwendigen ärztlichen Behandlung des Kindes gehören, zu tragen. Hat also in dem in der Vossischen Zeitung erzählten Falle der Arzt dem Kinde diese Behandlung zu Theil werden lassen, so hat er etwas gethan, was der Vater dem Kinde zu leisten verpflichtet war, und hat dadurch, dass er den Vater dieser Verpflichtung entledigte, ihm so viel erspart, als er sonst aufzuwenden gehabt hätte, um dem Kinde die nothwendige Behandlung zu verschaffen, d. h. das angemessene Honorar und die angemessenen Auslagen für Verbandzeug und andere Heilmittel. So hoch wie diese Beträge beläuft sich also der Vortheil der dem Vater durch das Eintreten des Arztes erwachsen ist. Demnach ist der Vater nach den oben erwähnten Gesetzesvorschriften diese Forderungen des Arztes, soweit sie angemessen sind, zu bezahlen gehalten." B.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

(Der Anspruch auf die Ersetzung der Kosten für ärztliche Behandlung, in welche sich der Verletzte eigenmächtig begeben, abgelehnt, weil die letztere als nicht nothwendig erachtet wurde.)

Der Steinträger Schmidt hatte einen Unfall erlitten. Wegen der zu gewährenden Rente gerieth er mit der Nordöstlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaft in Konflikt. Das sodann ergangene schiedsgerichtliche Urtheil wurde von beiden Parteien beim Reichs-Versicherungsamt angefochten. Der Kläger beantragt in erster Linie, so führte das Reichs-Versicherungsamt in seiner Entscheidung aus, der Rentenbemessung den von ihm im letzten Jahre vor dem Unfall als Steinträger erzielten persönlichen Arbeitsverdienst, welchen er auf 7—9 Mark für den Tag beziffert, zu Grunde zu legen. Daneben bezeichnet er die im Bescheide vom 9. Oktober 1893 erfolgte Herab-

setzung des Prozentsatzes seiner Rente als ungerechtfertigt. Er beansprucht die Fortgewährung der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit auch über den 17. Oktober 1893 hinaus, weil er in Folge des Unfalls völlig nervenkrank und kopfschwach geworden sei, an Schwindelanfällen leide, fortdauernder ärztlicher Behandlung bedürfe und aus allen diesen Gründen für gänzlich erwerbsunfähig erachtet werden müsse. Er beantragt nach dieser Richtung Vernehmung der ihn behandelnden Aerzte Dr. Moll und Dr. Strohmann, sowie die Verurtheilung der Beklagten in — nicht näher bezifferte — Kosten des Heilverfahrens. In der mündlichen Verhandlung vor dem Reichs-Versicherungsamt hat der Kläger Atteste der Aerzte Dr. Moll und Dr. Strohmann vom 26. und beziehungsweise 27. Januar 1895 überreicht, aus welchen seiner Behauptung nach die Richtigkeit seiner vorgedachten Angaben hervorgeht. Der Rekurs der Beklagten erstrebt die Wiederherstellung der Bescheide vom 4. September 1893 und 9. Oktober 1893 nur in so weit, als die Beklagte beantragt, der Rentenberechnung nicht den vom Schiedsgericht angenommenen Jahresarbeitsverdienst von 1110 Mark, sondern nur einen solchen von 1034 Mark 50 Pfennige zu Grund zu legen. In dieser Richtung wird von der Beklagten der Inhalt der dem Schiedsgericht überreichten Berechnung vom 28. März 1894 wiederholt. Dem Rekurse des Klägers begegnet die Beklagte, soweit damit die Rentenherabsetzung auf $66^2/_3$ Prozent angefochten wird, mit dem Hinweise auf das von Dr. Lövinson untern 29. August 1894 erstattete Gutachten und mit dem Antrage auf Zurückweisung des Rekurses. Das Reichs-Versicherungsamt hat nun zur Vorbereitung der Entscheidung von dem Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Philipp in Berlin ein Gutachten darüber eingeholt, an welchen Folgen des Unfalls vom 23. März 1893 der Kläger gegenwärtig noch leidet, und ob seine Klagen über Kopfschmerz und Nervenschwäche — und zwar als Unfallsfolgen — begründet sind. Dem Sachverständigen ist ferner die Frage vorgelegt, ob er eine seit dem 29. August 1893 eingetretene Verschlimmerung der Unfallsfolgen annimmt, und wie hoch er den vom Unfall bedingten Verlust an Erwerbsfähigkeit veranschlagt. Für die getroffene Entscheidung war davon auszugehen, dass die im Bescheide vom 9. Oktober 1893 ausgesprochene Herabsetzung der Rente vom 100 auf $66^2/_3$ Prozent dem damaligen Stande der Unfallsfolgen und den Vorschriften des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes entsprach. Hierfür ist einerseits der von Dr. Lövinson im Gutachten vom 29. August 1893 bezeugte Abschluss des Heilverfahrens, andererseits das Ergebniss der vom Reichs-Versicherungsamt veranlassten Beweisaufnahme massgebend. Der Sanitätsrath Dr. Philipp gelangt in seinem sorgfältig begründeten Gutachten nämlich zu dem Ergebniss, dass zwar die Klagen über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle für begründet zu erachten seien, dass aber dessen ungeachtet die von Dr. Lövinson am 29. August 1893 bewirkte Schätzung einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um nur noch $66^2/_3$ Prozent zutreffe. Es muss daher die im Bescheide vom 9. Oktober 1893 erfolgte Anwendung des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes für völlig sachgemäss und zutreffend angesehen werden. Die vom Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung dem Reichs-Versicherungsamt überreichten ärztlichen Gutachten können hieran um so weniger etwas ändern, als Dr. Moll nur erklärt, es lasse sich nicht mit Sicherheit entscheiden, ob der Kläger zu leichteren Arbeiten im Sitzen befähigt sei, und die von Dr. Strohmann ohne weitere Begründung aufgestellte Behauptung, es sei die Arbeitsfähigkeit des Klägers gleich Null, gegenüber der eingehenden Begründung des von Dr. Philipp erstatteten Gutachtens und dem damit im Einklang stehenden Ergebniss des Augenscheins des Rekursgerichts nicht entscheidend ins Gewicht fallen kann. — Dem Kläger sind daher vom 23. Juni bis 17. Oktober 1893 Hundert Prozent mit 889 Mark 34 Pfennige pro Jahr, vom 18. Oktober 1893 aber nur $66^2/_3$ Prozent dieser Rente zugesprochen worden. — Dem auf Ersatz von Kosten eines Heilverfahrens abzielenden Antrage des Klägers war dabei überhaupt nicht näher zu treten, weil weder die Nothwendigkeit eines solchen Heilverfahrens ersichtlich ist, noch der Kläger angiebt, in welcher Höhe ihm derartige Kosten erwachsen seien. M.

(Verminderung des Sehvermögens bei landwirthschaftlichen Arbeiten.)

Der Ackerer K. aus Elsass hatte dadurch eine Augenverletzung erlitten, dass er sich in die Werkstatt eines Stellmachers begab, um Wagenräder und Hackenstiele zu bestellen. Das Schiedsgericht hatte einen landwirthschaftlichen Betriebsunfall für vorliegend erachtet und die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft Unter-Elsass zur Entschädigung verurtheilt. Gegen diese Entscheidung legte die Beklagte Rekurs ein und hob hervor, dass der Unfall nicht in dem, von der Versicherung allein betroffenen betriebstechnischen, sondern in dem davon geschiedenen geschäftsleitenden Theile des Betriebes eingetreten, und der Kläger einer Gefahr des gewöhnlichen Lebens erlegen sei. Schlimmstenfalls wird die Erwerbsfähigkeit des Klägers nur um 10—15 Prozent durch den Unfall für vermindert erachtet. Das Reichs-Versicherungsamt erklärte aber ebenfalls einen Betriebsunfall für vorliegend und führte dann weiter aus: Da sonach ein für die Verletzung des Auges ursächlicher Betriebsunfall vorliegt, so ist die Entschädigungspflicht der Beklagten begründet. Unstreitig ist durch die Verletzung die Sehkraft des linken Auges vermindert worden. Die unter den Parteien streitige Frage, ob dieses Auge schon vor dem Unfall eines Theiles des normalen Sehvermögens ermangelt hat, kann auf sich beruhen bleiben, da diese Thatsache nur unter der hier nicht vorliegenden Voraussetzung von Bedeutung sein würde, dass der Kläger in Folge dieser Sehschwäche schon vor dem Unfall theilweise erwerbsunfähig war und in Folge dessen nicht mehr den durchschnittlichen Arbeitsverdienst zu erzielen vermochte (§ 6 Absatz 6 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes). Der Bemessung der Rente ist deshalb die gegenwärtige Sehschwäche des Klägers im ganzen Umfange zu Grunde zu legen. Da jedoch nach dem in dieser Beziehung nicht angefochtenen und durch das Gutachten des Kantonalarztes Dr. Metz zu Epfig vom 27. Juni 1894 nicht widerlegten Atteste des Dr. Stuelp zu Strassburg vom 28. August 1894 das Sehvermögen des verletzten Auges im Ganzen nur um $^2/_3$ beeinträchtigt und das andere Auge normal ist, so erscheint der vom Schiedsgericht festgesetzte Grad der Erwerbsunfähigkeit zu hoch. Für eine derartige, die Arbeitsfähigkeit eines landwirthschaftlichen Arbeiters — und nur diese Berufsstellung kann hier in Betracht kommen — nicht erheblich schädigende Verminderung des Sehvermögens ist vielmehr die von der Beklagten zugestandene Entschädigung für vollkommen ausreichend erachtet worden. Die vom Schiedsgericht zugebilligte Rente war deshalb auf 15 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit herabzusetzen. M.

(Reisen der Verletzten zu persönlicher Theilnahme an den Rekursverhandlungen im Reichs-Versicherungsamt.)

Durch die jetzt üblich gewordene persönliche Theilnahme der Unfallverletzten an den Rekursverhandlungen im Reichs-Versicherungsamt kommen dieselben nicht selten in eine missliche Lage, wenn ihnen die Reisekosten nach § 19 Absatz 2 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. August 1885 nicht zugesprochen werden, was fast immer der Fall ist,

wenn die Zurückweisung des von ihnen eingelegten Rechtsmittels erfolgt. Bedauerlicher Weise werden die Leute auch von Gemeindebehörden ermuntert, die weite und beschwerliche Reise nach Berlin anzutreten, indem diese ihnen Reisevorschüsse geben, die in monatlichen Raten zurück zu erstatten sind. — Der Bergmann Ph. Sch. beantragte auch wieder kürzlich im mündlichen Verhandlungstermin die Erstattung seiner aussergerichtlichen Kosten mit dem Bemerken, dass ihm der Reisekostenvorschuss von der Gemeinde Braubauerschaft in Westfalen gewährt worden sei, den er in monatlichen Raten von 5 Mark zurückerstatten müsse. In dem Urtheile hiess es aber: „Wenn ihm auch die Reisekosten von der Gemeinde vorgeschossen worden sind, so können dieselben trotzdem nicht erstattet werden, weil das von ihm eingelegte Rechtsmittel keinen Erfolg gehabt hat, das um so weniger, als das Erscheinen des Klägers vor dem R.-V.-A. völlig zwecklos war. — Auch von der Gemeindebehörde zu Witten werden häufig Reisekostenvorschüsse geleistet. — Am 11. d. M. bemerkte der Vorsitzende des Gerichtshofes einem Bergmann aus Bickern i. W.: „Derjenige, welcher Ihnen den Rath gegeben hat, hierher zu kommen, hat Ihnen einen schlechten Dienst erwiesen.“ — Am 13. d. M. erschien der Bergmann J. V. aus Herne i. W. mit einem Freund als Gesellschafter(!), er musste aber auch die Reisekosten selbst tragen.

(Kompass.)

Aus dem Oberverwaltungs-Gericht.

Seitens des Oberverwaltungs-Gerichts ist schon durch verschiedene frühere Entscheidungen der Ortspolizei-Behörde die Befugniss zuerkannt worden, gegen etwaige für die Anwohner gesundheitsgefährliche Geräusche benachbarter Gewerbebetriebe einzuschreiten. Aus vorigem Jahre liegen in dieser Hinsicht wiederum mehrere derartige Entscheidungen vor, in denen es sich um die durch eine Feilenhauerei, Schmiedewerkstatt, bezw. durch Signalisiren einer Dampfpfeife erzeugten Geräusche handelt und die hier auszugsweise mitgetheilt sein mögen.

1. Nervös machendes Geräusch einer Feilenhauerei.
(Urtheil vom 15. Februar 1894.)

Der Eigenthümer eines Grundstücks in H. hatte das Hinterhaus an einen Feilenhauer zum Betrieb seines Gewerbes vermiethet. Die Bewohner eines tief gelegenen Nachbarhauses beschwerten sich über das Geräusch und die Bodenerschütterungen, welche durch den Betrieb der Feilenhauerei verursacht würden, und der Kreisphysikus begutachtete, dass dieses Geräusch geeignet sei, in der Nachbarschaft wohnende gesunde Personen nervös und nervöse Personen kränker zu machen. Hierauf richtete die Polizei-Direktion eine Verfügung an den Hauseigenthümer, durch welche ihm aufgegeben wurde, den Keller unter der Feilenhauerwerkstätte vollständig mit Erde, Sand und dergleichen auszufüllen, um damit den Schall und die Erschütterung zu dämpfen. Der Hauseigenthümer focht diese Verfügung mittels Klage an. Das O. V. G. wies als Berufungsinstanz die Klage ab, indem es begründend ausführte: „Die Feilenhauerei ist weder konzessionirt, noch bedarf sie einer Konzession; insbesondere gehört sie nicht zu den im § 16 Reich-Gewerbeordnung aufgeführten Hammerwerken. Wie das O. V. G. schon vielfach ausgesprochen hat, ist die Polizei-Behörde befugt, wegen des Betriebes eines nicht konzessionspflichtigen und demgemäss nicht konzessionirten Gewerbes einzuschreiten, wenn der Betrieb eine Gefahr für das Publikum oder einzelne Mitglieder desselben mit sich bringt. Ein solches polizeiliches Einschreiten kann sich gegen den Eigenthümer des Grundstücks, auf welchem der Betrieb stattfindet, richten, wenn der Eigenthümer das Grundstück zu dem betreffenden Gewerbebetriebe vermiethet hat und nicht eine besondere Art und Weise des Betriebes, sondern schon der gewöhnliche Betrieb desjenigen Gewerbes, für welches die Vermiethung stattgefunden hat, gefährlich ist, also die Vermiethung des Grundstücks durch den Eigenthümer die Gefahr mitverursacht.“

2. Gesundheitsgefährdung durch das Geräusch einer Schlosser- und Schmiedewerkstatt.
(Urtheil vom 25. Juni 1894).

Dem Hauseigenthümer N. in Düsseldorf wurde die polizeiliche Erlaubniss zur Errichtung einer Schlosser- und Schmiedewerkstatt in einem Lagerraum seines Grundstücks versagt. Die Klage des N. gegen die Polizeiverwaltung wurde vom Ober-Verwaltungsgericht abgewiesen, nachdem von dem ärztlichen Sachverständigen begutachtet worden war, dass, wenngleich der Betrieb einer Schmiede oder Schlosserei in dem Lagerraum nach Beschaffenheit und Lage desselben nicht geeignet erscheine, die Gesundheit normal veranlagter Durchschnittsmenschen zu gefährden, vorausgesetzt, dass dieser Betrieb auf die Tagesstunden beschränkt bleibe, doch dann, wenn die Anwohner krank und nervös seien, die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit einer Gesundheitsgefährdung durch den gelegentlich des Betriebs entstehenden Lärm nicht von der Hand zu weisen sei. Mit dieser Wahrscheinlichkeit einer Gesundheitsgefährdung nervöser Personen ist aber zu rechnen, da, wie das O.-V.-G. wiederholt ausgesprochen hat, bei der weiten Verbreitung nervöser Zustände zu berücksichtigen ist, dass sich unter den Anwohnern auch nervöse Personen befinden und in ihrer Gesundheit leiden können.

3. Gesundheitsschädigende Wirkung des häufigen Signalisirens der Dampfpfeife einer Fabrik.
(Urtheil vom 10. Mai 1894.)

Der Fabrikbesitzer B. in F. liess in seiner Fabrik des Tags über neunmal mit der Dampfpfeife signalisiren, wobei jedesmal die Benutzung der Dampfpfeife $^1/_4$ bis $^1/_2$ Minute dauerte. Auf das Gutachten des Kreisphysikus, dass die Bewohner der benachbarten, in einer Entfernung von 35 bis 100 Schritt von der Fabrik gelegenen Häuser, falls sie nervenschwach sind, durch das Geräusch der Pfeife irritirt werden können, und die Nervenschwäche dadurch eine Steigerung erfahren könne, gab das Polizei-Präsidium dem B. auf, das Signalisiren mittels der Pfeife zu unterlassen. Die Klage des B. gegen den Polizei-Präsidenten wurde vom O. V. G. abgewiesen, indem es ausführte: „Wenn man erwägt, dass eine ganze Anzahl bewohnter Häuser eine recht nahe Lage zur Dampfpfeife hat —, so dass der nach diesen Häusern und deren Höfen und Gärten dringende Ton derselben durch die Entfernung gar nicht oder nur sehr wenig in seiner Stärke gemindert wird, wenn man ferner in Betracht zieht, dass das Signal der Dampfpfeife verhältnissmässig häufig am Tage ertönt und dadurch ein plötzliches schrilles und scharfes Geräusch verursacht wird, so lässt sich an der Hand des ärztlichen Gutachtens wohl nicht daran zweifeln, dass die Gefahr besteht, es könne unter den obwaltenden Umständen der Gebrauch der klägerischen Dampfpfeife eine schädigende und störende Wirkung auf die Gesundheit nervenschwacher Personen üben. Dass bei der heutigen weiten Verbreitung nervöser Schwächezustände auch der Schutz nervöser Personen gegen Lärmerregungen, welche ihre Gesundheit zu schädigen geeignet sind, gemäss § 10 II 17 A. L. R. und § 6 sub f der beiden Gesetze über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 und 20. September 1867 in den Kreis der Polizeibehörde zugewiesenen Aufgaben fällt, ist bereits wiederholt von dem Gerichtshof anerkannt worden.

R.

(Unterschied zwischen Belästigung und Gefahr durch schädliche Dünste oder starken Rauch.)

Die Ortspolizeibehörden sind, nach einem Urtheil des Ober-Verwaltungsgerichts, IV. Senats, vom 1. Dezember 1894, nicht befugt, durch Verordnung die Errichtung von Anlagen, welche bei regelmässigem Betriebe durch Verbreitung schädlicher oder belästigender Dünste bezw. starken Rauchs oder durch Erregung ungewöhnlichen Geräusches zwar keine Gefahr, wohl aber eine Belästigung des Publikums herbeiführen können, zu untersagen, es sei denn, dass die betreffende Anlage die Ordnung, Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Wegen stören kann. „Der § 1 der Polizeiverordnung vom 4. Dezember 1891 für Düsseldorf schreibt vor, dass in einem bestimmten Bezirk der Stadt Düsseldorf, zu welchem auch der hier streitige Bauplatz gehört, solche Anlagen, welche bei regelmässigem Betriebe durch Verbreitung schädlicher oder belästigender Dünste bezw. starken Rauchs oder durch Erregung ungewöhnlichen Geräusches Gefahren, Nachtheile oder Belästigungen des Publikums herbeiführen können, nicht errichtet werden dürfen. Diese Vorschrift ist bezüglich ihrer rechtlichen Giltigkeit nicht unbedenklich. Das Ober-Verwaltungsgericht ist stets davon ausgegangen, dass das Verordnungsrecht der Ortspolizeibehörden in sachlicher Hinsicht sich innerhalb der durch den § 10 II 17 Allgemeinen Landrechts umschriebenen Grenzen halten müsse, soweit nicht dieselben durch den § 6 des Polizeigesetzes eine Erweiterung erfahren haben. Darnach aber können solche Bestimmungen nur soweit Anspruch auf Rechtswirkung haben, als sie bestimmt sind, Gefahren vorzubeugen, von welchen das Publikum und seine Mitglieder bedroht sind. Belästigungen, wie sie die erwähnte Polizeiverordnung anführt, können nur soweit in Frage kommen, als durch solche Anlagen die Ordnung, Sicherheit und Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Wegen etc. berührt würde. Jede weitergehende Berücksichtigung von Belästigungen durch solche Betriebe würde rechtsungiltig sein. Da nun das hier in Rede stehende Fabrikgebäude offenbar ziemlich weit von dem öffentlichen Wege entfernt liegt, so wird von einer Belästigung des Verkehrs auf demselben durch die Fabrik kaum die Rede sein können. Ob im übrigen die Voraussetzungen der genannten Verordnung, soweit sie hiernach noch in Betracht kommen können, im vorliegenden Fall zutreffen, kann nach dem zur Zeit vorliegenden Material nicht beurtheilt werden. Jedenfalls wird bei etwaiger weiterer Behandlung eines erneuten Baugesuchs daran festzuhalten sein, dass Dünste, starker Rauch und ungewöhnliches Geräusch nur dann — abgesehen von der Einwirkung auf den Verkehr auf öffentlichen Wegen etc. — die Errichtung solcher Anlagen hindern können, wenn feststeht, dass sie geeignet sind, dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben Gefahr zu bringen.“ (Staats-Anzeiger.)

Es würde sich danach bei ärztlichen Gutachten über schädliche Dünste bezw. starken Rauch darum handeln, ob nicht nur eine Belästigung, sondern auch eine Schädigung der Gesundheit durch diese Einflüsse vorliegt. B.

Bücherbesprechungen.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum für Studirende und Aerzte, zusammengestellt von Dr. Heinr. Schmidt, Dr. L. Friedheim, Dr. A. Lamhofer und Dr. L. Donat. Leipzig, 1895. Joh. Ambr. Barth.

Das Buch soll dem ärztlichen Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunfts- und Hilfsmittel dienen. Es giebt die klinische Diagnostik und Therapie der inneren Krankheiten, der Hautkrankheiten und Syphilis, der Augenkrankheiten und der wichtigsten Kapitel aus der Gynäkologie, ferner die Maximaldosen nach der 3. Ausgabe des Arzneibuches für das Deutsche Reich. — Um das Bändchen möglichst klein und leicht zu machen, damit es jeder Arzt in der Tasche mit sich tragen kann, ist ein kleines Format und ein neues holzfreies, ganz dünnes Papier gewählt. Das praktische Büchelchen wird gewiss lebhaften Anklang finden.

Tagesgeschichte.

Im Reichstage ist der Antrag der Abgeordneten Kruse und Genossen (nat.-lib.), die verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, nach welchem a) die in der Seefischerei beschäftigten Personen in die Unfallversicherung aufgenommen werden; b) die klimatischen Krankheiten der Seeleute, insbesondere das gelbe Fieber, den Betriebsunfällen im Sinne des Unfall-Versicherungs-Gesetzes gleichgeachtet werden, angenommen.

Auch die sozialdemokratische Partei hatte im Reichstag eine Resolution eingebracht, welche die Aenderung des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes in mehreren Punkten bezweckt, insbesondere sollte die gesetzlich erforderliche Erwerbsunfähigkeit schon angenommen werden, wenn der Versicherte nicht mehr die Hälfte seines bisherigen Jahresverdienstes erwerben kann, und nicht erst wie bisher ein Drittel; ferner sollte die Erwerbsfähigkeit auf den „Beruf“ beschränkt bleiben, sodass ein Versicherter Anspruch auf Invalidenrenten selbst dann erhielte, wenn er durch eine andere, wie das Gesetz sagt „seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit“ noch einen höheren Verdienst erzielen könnte. — Dieser Antrag ist abgelehnt worden. —

Das Gesuch zweier ärztlicher Vereine um Einrichtung einer bakteriologischen Untersuchungs-Station für diphtherieverdächtige Krankheitsfälle hat der Berliner Magistrat abgelehnt „da es noch nicht hinreichend bewiesen ist, dass der Löfflersche Bacillus der ausschliessliche Erreger der Diphtherie ist.“ Nunmehr will das Medizinische Waarenhaus solche Untersuchungen einrichten. B.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. B. in E. ***Frage:*** Ich habe einen Invaliden-Renten-Bewerber zu begutachten. Derselbe leidet seit einem Jahre an Lungenschwindsucht, ist Maurer und hat im letzten Jahre mehrmals gearbeitet und dazwischen wochenlang krankheitshalber gefeiert. Wie soll ich da nun die Frage, seit wann er invalide ist, beantworten. —

Antwort: Wenn der Mann jetzt invalide im Sinne des Gesetzes ist, d. h. wenn er nicht mehr durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit ein Drittel des ortsüblichen Tagelohnes verdienen kann, so werden Sie aus den Akten oder aus den Angaben des Untersuchten einen Zeitpunkt herauszufinden suchen, zu welchem das Leiden eine Wendung zum Schlimmeren angenommen, etwa wenn ein deutliches Fortschreiten des Krankheitsprozesses ärztlicherseits beobachtet wurde, oder eine deutliche Beeinflussung des Ernährungs- und Kräftezustandes oder dergleichen. Oder Sie können auch den Tag, an welchem er aus dem Krankenhause als ungeheilt entlassen ist, also wo sich das Leiden als nicht mehr besserungsfähig herausgestellt hat, als den Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität annehmen.

Herrn Dr. Th. in C. Auf Ihre ***Anfrage,*** aus welchen Büchern Sie sich am besten über die Krankenkassen und über die Unfall- und Invaliden-Gesetzgebung orientiren können, die ***Antwort,*** dass Sie sich über die Krankenkassen am besten informiren durch das Buch von Dr. Justus Thiersch „Der Kassenarzt“, Leipzig, 1895, Joh. Th. Ambr. Barth, und über die Verhältnisse bei der Unfall- und Invaliditäts-Versicherung durch das „Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit bei der Unfall- und Invaliditäts-Versicherung“ von Dr. L. Becker, Berlin, 1895. Richard Schoetz. B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 6. Ausgegeben am 15. März.

Wonach bestimmt sich der Werth ärztlicher Gutachten in Unfallversicherungssachen?

Von
Dr. **Kries,**
Kaiserlichem Geheimen Regierungsrath im Reichs-Versicherungsamt.

Die ärztlichen Gutachten spielen in dem Verfahren nach den Unfallversicherungsgesetzen eine hervorragende Rolle, und oft hängt, wenn mehrere Gutachten einander widersprechen, die Entscheidung einer Streitsache davon ab, welchem derselben ein grösserer Werth beizumessen ist.

In dieser Beziehung muss nun auf die Begründung des Gutachtens das Hauptgewicht gelegt werden. So wenig die grössere oder geringere Länge dieser Begründung an sich den Ausschlag geben kann, so mangelhaft erscheint ein ärztliches Gutachten, welches überhaupt jeder Begründung entbehrt. Im Uebrigen kommt es darauf an, dass die Begründung in sich schlüssig, klar und so eingehend ist, wie es zu ihrem Verständniss für Laien, d. h. nicht medizinisch vorgebildete Personen, erforderlich ist. Es ist vor Allem wichtig, dass aus dem Gutachten entnommen werden kann, welcher objektive Befund bei dem Verletzten vorliegt, und dieser muss sorgfältig sowohl von den subjektiven Angaben des Letzteren wie von dem, was der Arzt nur vermuthet, oder was ihm von den Angehörigen des Verletzten oder dritten Personen (Nachbarn u. s. w.) mitgetheilt ist, gesondert gehalten werden. Sehr empfehlenswerth ist es, wenn der Arzt hinsichtlich der subjektiven Klagen des Verletzten, welche in dem objektiven Befunde keine sichere Unterlage finden (wie z. B. häufig Klagen über Schmerzen), angiebt, ob und in wie fern dieselben wenigstens nach allgemeinen Erfahrungen in ähnlichen Fällen, nach der Art und Schwere der Verletzung, nach dem Benehmen und dem Eindruck, welchen der Verletzte auf den Sachverständigen gemacht hat, glaubhaft erscheinen.

Ueberflüssig und nur störend ist es, wenn der Arzt in das Gutachten Bemerkungen oder gar längere Darlegungen einflicht, welche nicht zur ärztlichen Beurtheilung gehören, z. B. seine Auffassung über Mängel der Unfallversicherungsgesetzgebung oder der Rechtsprechung der mit deren Durchführung betrauten Behörden, über eine vermeintlich unbillige Behandlung des Verletzten Seitens der Berufsgenossenschaft und dergl. Oft hat es auch nicht viel Werth, wenn der Arzt näher erörtert, welche besonderen fachmännischen oder berufsmässigen (technischen) Thätigkeiten (eines Schlossers, Mechanikers, Bergmanns u. s. w.) nach seiner Meinung der Verletzte noch ausführen, und welche Stellungen dieser Art er noch versehen kann — dies zu beurtheilen, ist vornehmlich Sache der bei den Spruchbehörden mitwirkenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer, welchen es auch nicht schwer werden kann, ein solches Urtheil abzugeben, sofern nur der objektive Befund aus dem ärztlichen Gutachten mit hinlänglicher Genauigkeit hervorgeht.

Andererseits ist es erwünscht, wenn der Arzt sich möglichst bestimmt darüber äussert, welche allgemeinen bei der Arbeit verwerthbaren körperlichen Fähigkeiten dem Verletzten noch verblieben sind, welche Griffe er auszuführen, welche Werkzeuge er zu handhaben vermag, insbesondere, ob er nur Arbeiten im Sitzen oder auch solche im Stehen oder Gehen zu verrichten im Stande ist, und in welchem Umfange dieses geschehen kann, d. h. ob nur zeitweise, namentlich nur mit gewissen, kürzeren oder längeren Unterbrechungen, oder nur unter gewissen Bedingungen, etwa nur in geschlossenen Räumen oder in einer bestimmten Stellung oder unter Vermeidung bestimmter Bewegungen (z. B. des Bückens).

Auch die Angabe des Grades der Erwerbsunfähigkeit, welchen der Arzt — als Folge des Unfalls — annimmt, und welcher in Prozenten völliger Erwerbsunfähigkeit bezeichnet zu werden pflegt, gehört zu einem vollständigen Gutachten, wenngleich die Spruchbehörden in dieser Beziehung an die Meinung des Arztes nicht gebunden sind, vielmehr nicht selten von derselben abweichen, sofern dies nach dem objektiven Befunde geboten erscheint.

Wenn es sich nicht um die erstmalige Festsetzung einer Rente, sondern um die Anwendung des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes (§ 70 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes, § 73 des See-Unfallversicherungsgesetzes) handelt, — was der Arzt meist aus den Akten oder aus den Mittheilungen der Berufsgenossenschaft (Ausführungsbehörde) oder des Verletzten ersehen wird, — so genügte

nicht, wenn der Gutachter nur angiebt, dass eine wesentliche Besserung oder Verschlimmerung vorliege, sondern er hat anzugeben, worin diese Besserung oder Verschlimmerung besteht und wodurch sie erwiesen wird. Fehlt eine solche Angabe, so wird der blossen Behauptung, dass der Zustand sich gebessert oder verschlimmert habe, von den Spruchbehörden meist keine Bedeutung beigelegt werden können, und demzufolge die Anwendbarkeit der genannten Gesetzesstellen verneint werden müssen. Aehnliches gilt auch von dem Falle einer Rentenfestsetzung nach einer Krankenhausbehandlung. Denn obwohl in einem solchen Falle die angeführten Gesetzesstellen nicht Platz greifen, die neue Rentenfestsetzung vielmehr selbstständig und unabhängig von der früheren zu erfolgen hat, so wird doch in der Regel in sofern auf eine Vergleichung des Zustandes des Verletzten vor und nach der Behandlung Gewicht zu legen sein, als man meist wird davon ausgehen können, dass die Entschädigung, welche der Verletzte vor der Krankenhausbehandlung bezog, angemessen war, so dass eine niedrigere Festsetzung der Rente nach der Behandlung nur dann zulässig ist, wenn durch die letztere eine Besserung in dem Zustande des Verletzten erzielt worden ist.*)

Nicht ohne Bedeutung ist oft, wie lange der Gutachter den Untersuchten kennt, und ob er ihn nur einmal oder einige Male untersucht oder länger — eventuell wie lange — behandelt hat. In letzterem Falle wird es auch häufig von Interesse sein, zu wissen, ob eine frühere Behandlung wegen desselben Leidens, welches als Unfallfolge behauptet wird, oder wegen einer anderen Krankheit stattgefunden hat. Bemerkungen in dieser Richtung in den ärztlichen Attesten sind mithin sehr empfehlenswerth.

Endlich mag noch darauf hingewiesen werden, dass eine deutliche Schrift in den ärztlichen Gutachten und die möglichste Vermeidung aller medizinischen technischen Ausdrücke, sowie deren Ersetzung durch deutsche oder doch allgemein verständliche Worte höchst erwünscht erscheinen. Auch der Name und etwaige amtliche Charakter des Gutachters (Kreisphysikus, Bezirksarzt, Kreiswundarzt) ist deutlich zu schreiben.

Sollten die vorstehenden Fingerzeige bei den Herren Sachverständigen Beachtung finden, so würden sie dadurch nicht allein den bei einem Streitverfahren nach den Unfallversicherungsgesetzen betheiligten Parteien und Behörden, sondern auch sich selbst einen Dienst erweisen, da davon die Bedeutung abhängt, welche in dem Verfahren ihren Gutachten beigemessen wird, dies aber den Ausstellern der Gutachten kaum gleichgiltig sein kann.

Ueber ärztliche Kunstfehler mit einem illustrirenden Falle.

Von

Professor Dr. **Seydel**-Königsberg.

Aerztliche Kunstfehler gehören beim Laienpublikum zu den interessanteren, sensationellen Ereignissen, und glücklich die Zeitung, die einen recht genau detaillirten und scharfen Bericht über Dergleichen bringen kann.

Der ärztliche Stand ist durch die hohe Ausbildung seiner Wissenschaft mit einer Menge von Pflichten belastet, von denen die Vermeidung der Kunstfehler eine ziemlich wichtige ist, denn während jedem Kurpfuscher und Naturarzte der mildernde Grund der Unkenntniss und Unwissenheit zugebilligt wird, steht dem approbirten Arzte § 232 des R. St. G. B. bei „der Körperverletzung, die mit Uebertretung der Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist", drohend gegenüber. Es kann also schon bei leichten Körperverletzungen, die durch Schuld oder Unterlassung eines Arztes verursacht sind, der Staatsanwalt interveniren, während bei Kurpfuschern oder Naturärzten „die Verfolgung nur auf Antrag eintritt". Bei dieser Ungleichheit vor dem Gesetze ist es wunderbar, dass nicht unendlich viel häufiger, als es wirklich geschieht, Verfolgung ärztlicher Personen beantragt wird. Das beste Zeugniss für die Vorsicht und wissenschaftliche Durchbildung des ärztlichen Standes.

Wie durch eine Verkettung eigenthümlicher unglücklicher Umstände ein Arzt bei nach bestem Wissen korrekter Handlungsweise in den Anklagezustand versetzt werden kann, möge nachfolgendes Beispiel lehren. Zu einer VIII para, die jedes Mal auf natürliche Weise entbunden, allerdings zwei oder drei Kinder in Folge lang dauernder, schwerer Geburt verloren hatte, wurde ein junger Arzt in ein grösseres westpreussisches Niederungsdorf gerufen. Derselbe fand bei vollständig eröffnetem Muttermunde den Kopf hochstehend, eine Nabelschnurschlinge vorgefallen, das Fruchtwasser zum grösseren Theile abgeflossen. Da ihm bei einer Achtgebärenden bei pulsloser Nabelschnurschlinge eine Zangenextraktion nicht unmöglich erschien, versuchte er dieselbe, aber ohne Erfolg. Um die Tieferstellung und Konfiguration des Kopfes durch die Naturkräfte abzuwarten, gab er der Hebamme die nöthigen Verhaltungsmassregeln, verordnete einige Wehenpulver (Pulv. Sec. cornut) und verlangte am nächsten Tage ausführliche Nachricht vom Ehemanne. Dieser sandte, obgleich die Frau unentbunden blieb, keine Nachricht, erst am dritten Tage besuchte der Ehemann den Arzt in einer anderen Angelegenheit und theilte ihm auf Befragen mit, dass seine Frau noch unentbunden wäre. Da der Arzt, über die Indolenz entrüstet, ihm Vorstellungen machte, meinte er, der Arzt käme am anderen, also dem vierten Tage sowieso in das Dorf und könne sich dann die Frau ansehen. Als am vierten Tage der Arzt sich auf dem Wege zu der Unentbundenen befand, kam ihm die Tochter der Frau entgegen, die sich im Auftrage des Vaters den Besuch des Arztes bei der Mutter, der es ganz gut ginge, verbat. Der Arzt, der nur selten in diesem Dorfe beschäftigt war, nahm an, der näher wohnende Kollege, der sehr das Vertrauen der Dorfbewohner genoss, sei zur Hilfe zugezogen und kümmerte sich natürlich nicht weiter um die Kreissende. Erst am achten Tage aber wurde der andere Arzt zu der unentbundenen Frau gerufen, konnte sich aus dem Zustande keinen rechten Vers machen und verordnete eine indifferente Mixtur. Jedenfalls konstatirte er, dass sich der Muttermund fast vollständig geschlossen hatte und der Gebärmutterkörper schlaff und mässig schmerzhaft war. Ein fieberhafter Zustand war ihm nicht aufgefallen. Am vierzehnten Tage stellten sich bei der Frau erfolglose Wehen, dann starker Collaps und nach 24 Stunden der Tod ein.

Durch die Hebamme wurde der Fall zur Anzeige gebracht und die gerichtliche Sektion der Unentbundenen veranlasst.

Es wurde eine Ruptur des Uterus durch Drucknekrose am hinteren Rande des inneren Muttermundes über dem stark vorspringenden Promontorium gefunden, die Frucht befand sich frei in der Bauchhöhle. Das vorläufige Gutachten des Gerichtsarztes lautet: 1. die Frau ist an Uterusruptur gestorben. 2. Ursache der Uterusruptur ist der Umstand, dass die Frau nicht rechtzeitig entbunden wurde.

Im motivirten Gutachten führte der Gerichtsarzt diese Punkte näher aus und beantwortete die Frage des Staats-

*) Zu vergleichen die im Jahre 1894 im Verlage von Karl Heymann erschienene, für 50 Pf. käufliche Schrift des Verfassers dieses Aufsatzes über „die Krankenhausbehandlung nach den Unfallversicherungsgesetzen," No. III, Ziffer 3, Seite 14/15.

anwaltes, ob eine Handlung oder Unterlassung des behandelnden Arztes Schuld daran, sei mit Ja, da nach seiner Ansicht nur die sofortige Perforation des todten Kindes indizirt und geeignet gewesen wäre, die Entbindung zu beendigen und die Frau der Gefahr der später wirklich eingetretenen Uterusruptur zu retten. Das Medizinalkollegium der Provinz schloss sich dem Gutachten an und der Staatsanwalt erhob gegen den Arzt die Anklage wegen fahrlässiger Tödtung.

Bei der Verhandlung, der Schreiber dieser Zeilen als Defensionalsachverständiger beiwohnte, wurden alle oben angeführten Thatsachen, die eine unglaubliche Indolenz der Angehörigen der Verstorbenen erkennen lassen, aktenmässig festgestellt.

Gegen das Gutachten des Gerichtsarztes und des Medizinalkollegs liess sich logisch auch nichts einwenden, der kausale Zusammenhang war richtig aufgefasst und die einzige Frage, die zur Entschuldigung des behandelnden Arztes und auch mit Erfolg aufzuwerfen war, lautete: war die sofortige Perforation des kindlichen Kopfes indizirt, oder hatte der Arzt Ursache, anzunehmen, dass die Naturkräfte beim vorliegenden, zweifellos leicht verengten Becken die Geburt des Kopfes resp. des ganzen Kindes herbeiführen würden?

Durch die gerichtliche Sektion waren die Masse des Beckens und kindlichen Schädels vollständig festgestellt worden. An einem dem in Frage stehenden vollständig gleichen plattrhachitischen skelettirten Becken und einem Kindskopfe von normaler Grösse gelang es, dem Richter klar zu machen, dass bei richtiger Kopfeinstellung selbst ein wenig konfigurirter Kopf dem Beckenkanal anstandlos passieren konnte. Sieben vorangegangene Geburten hatten die Möglichkeit des natürlichen Verlaufs wohl ausserdem genügend bewiesen. Hiernach musste man die Ansicht des behandelnden Arztes, dass im vorliegenden Falle die Naturkräfte geeignet und ausreichend waren, die Geburt zu beendigen, für vollständig gerechtfertigt erklären und es seinem subjektiven Ermessen anheimstellen, ob er die Perforation sofort nach dem erfolglosen Zangenversuche ausführen oder die Konfiguration und Einstellung des Kindskopfes durch die Wehen abwarten wollte. Jedenfalls musste dies vollständig seinem Ermessen als Arzt unterliegen, ob er die immerhin eingreifende und bei den mangelhaften hygienischen Verhältnissen nicht ungefährliche Perforation sofort machen wollte oder auf die Wirkung der Naturkräfte, die sich sieben mal bewährt hatten, vertraue. Dass der behandelnde Arzt nur am ersten Tage, als er zur Beendigung der Geburt aufgefordert war, für den Verlauf verantwortlich zu machen war, erhellt aus dem Vorgange bei der Angelegenheit zweifellos. Er musste, als er am zweiten Tage keine Nachricht erhielt, annehmen, die Frau wäre durch Naturkräfte entbunden und am vierten Tage wurde ihm der Zutritt zu der Kreissenden seitens der Angehörigen direkt verwehrt. Es ist schwer, derartige Zustände für möglich zu halten, und doch waren dieselben genau in der angegebenen Weise nach der Zeugenaussage verlaufen.

Der angeklagte Arzt wurde von der Strafkammer freigesprochen, nachdem der Staatsanwalt die Anklage auf fahrlässige Tödtung fallen gelassen und nur den Antrag auf acht Tage Gefängniss wegen zu wenig sorgfältiger Behandlung gestellt hatte.

Dieser Fall zeigt dem ärztlichen Publikum, wie gross die Gefahren namentlich für den einsam unter besonders schwierigen Verhältnissen praktizirenden Landarzt sind und wie vorsichtig der ärztliche Sachverständige gerade in der Beurtheilung der angeblich durch Unterlassung entstandenen Kunstfehler sein soll.

Der Einfluss von Unfällen auf bereits bestehende Geistesstörungen.

Von

Dr. A. Leppmann.

Längst hat die Kasuistik der Unfall-Streitsachen gelehrt, dass die Schwierigkeit in der Begutachtung von Unfallsfolgen nicht bloss darin besteht, dass man jederzeit auf Krankheitsvortäuschungen gefasst sein muss, sondern dass bei einem wirklich vorhandenen Leiden man den Entscheid treffen muss, ob dasselbe nicht bereits vor den Unfall zurückreicht und ob in solchem Falle die Betriebsbeschädigung von Einfluss auf den weiteren Verlauf der bestehenden Krankheit war.

Hier treten Aufgaben an den Sachverständigen heran, welche er durch noch so genaue Untersuchung und noch so scharfe Rückschlüsse bisweilen überhaupt nicht lösen kann und die Beziehungen der Unfälle zum Bruchschaden z. B. haben gelehrt, dass die Berufsgenossenschaften gegen Ausbeutungen nur dann geschützt sind, wenn sie, wie dies bei besonders gefährdeten Betrieben jetzt schon geschieht, die Arbeiter vor Einstellung in die Arbeit genau untersuchen lassen.

Eine eigenartige Stellung zur Begutachtung nimmt die Geistesstörung ein. Dass sie Folge von Betriebsunfällen, sowohl solchen, welche Kopfverletzungen, als solchen, welche allgemeine Erschütterungen oder Verletzungen peripherer Nerven erzeugen, sein kann, bedarf nicht der Erörterung und die Schwierigkeit der Begutachtung besteht darin, dass der Ausbruch der eigentlichen Störung oft erst monate- und jahrelang nach der Schädigung beginnt und der Sachverständige die Aufgabe hat, durch Sammlung und Sichtung der mannigfachen nervösen Zwischenerscheinungen die Brücke zwischen Ursache und Endwirkung zu schlagen.

Andrerseits werden auch Fälle vorkommen, wo die Geistesstörung auffallend kurze Zeit nach der Verletzung in einer so ausgebildeten Form in die Erscheinung tritt, dass der Krankheitsbeginn weit vor den Unfall zurückreichen muss. Das ist nicht verwunderlich, denn im Erwerbsleben finden sich sicher eine geraume Zahl wirkliche Geisteskranke und zwar meist in chronischen Formen. Es sind dies nicht bloss die Schwachsinnigen aller Schattirungen, es sind dies auch Gemüthskranke, namentlich chronisch Trübsinnige und schliesslich auch eine ganze Menge chronisch Verrückter. Es liegt in der Natur des Leidens, dass dasselbe während der Arbeitsthätigkeit weniger aufzufallen braucht, als eine chronische körperliche Erkrankung.

Wie wird auf solche Kranke eine Körperbeschädigung, ein Unfall wirken? Die Erfahrung über diese Frage haben wir Irrenärzte früher nur aus der Anstaltsbevölkerung geschöpft. Da haben wir gesehen, dass die chronischen Kranken sehr widerstandsfähig gegen schwere Verletzungen sind, ja man meinte sogar, dass blutige Wunden bei ihnen besser heilen, weil der körperliche Schmerz, welcher auf dem Wege des Reflexes eine ungünstige gefässhemmende Wirkung ausüben soll, wegfiele. Von allgemeinen Körpererschütterungen aber und von Kopfverletzungen mit stumpfer Gewalt sah man bisweilen eine besonders günstige Wirkung. Man sah Verblödete und ängstlich Verworrene nach dergleichen durch Unglücksfall bewirkten Schädigungen auffallend schnell klar werden, es traten in einzelnen Fällen unerwartete Heilungen ein, als ob die Erschütterung des Gehirns dazu gedient hätte, wesentliche moleculare Umgestaltungen in demselben zu verursachen.

Nach alledem hätte man annehmen müssen, dass der Betriebsunfall im Leben eines erwerbsthätigen Geisteskranken keine ungünstige oder mindestens eine unwesentliche Rolle spielen würde. In der Praxis indessen ist es anders.

Vielleicht wirkt dasselbe seelische Moment dabei mit, welches bei Entstehung der traumatischen Neurose wesentlich in Betracht kommt: die Furcht vor Erwerbsunfähigkeit, das Bangen vor der ungewissen Zukunft. Jedenfalls sind mir in meiner gutachtlichen Wirksamkeit schon wiederholt Fälle vorgekommen, wo ich mich der Ueberzeugung nicht verschliessen konnte, dass der Unfall von ungünstigem Einfluss auf den weiteren Verlauf der Geistesstörung war, ja dass er gleichsam eine völlig neue Phase, eine wesentliche Verschlimmerung der Krankheit, erzeugte. Die Fälle sind noch nicht so zahlreich, dass ich allgemeinere Regeln daraus ableiten könnte; indessen dürfte es wohl erspriesslich sein, über zwei der lehrreichsten in Nachstehendem zu berichten. In den psychiatrischen Lehrbüchern, welche ja alle die Beziehung der Seelenstörung zur Körperverletzung eingehend erörtern, sind ähnliche Thatsachen gar nicht erwähnt.

Bei dem ersten Falle wähle ich die gutachtliche, bei dem zweiten die einfache Berichtsform.

Fall No. I.

Motivirtes Gutachten.

Der Herr Vorsitzende des Schiedsgerichts für Unfall-Versicherungs-Angelegenheiten ersucht mich auf Grund der vorliegenden Akten

1. der X. X. Berufs-Genossenschaft betreffend den Unfall L . . .
2. des Schiedsgerichts No. . . .

ein Gutachten darüber abzugeben:

1. ob die Geisteskrankheit des p. L. . . . eine Folge des Unfalls ist,
2. ob eine vorhanden gewesene Disposition des L. . . . in Folge des Unfalls zur Geistesstörung geführt hat.

Geschichtserzählung.

Der Schmied Julius L . . ., gegenwärtig 34 Jahr alt, verheirathet und Vater eines 9 Jahr alten Kindes, hat, wie aus dem Zeugniss des Ober-Arztes Dr. G. hervorgeht, bereits lange Zeit, bevor der hier in Betracht kommende Unfall eingetreten war, ein Verhalten gezeigt, welches auf Geistesstörung hindeutete, und zwar handelte es sich um eine Form von Geistesstörung, für welche gerade die ganz allmähliche über Jahre sich hinerstreckende, wenig auffallende, aber tiefgehende Umwandlung der gesammten seelischen Persönlichkeit charakteristisch ist. Auch der praktische Arzt Herr Dr. H., welcher den Kranken eine Zeit vor dem Unfall gesehen hat, schliesst sich dieser Anschauung an, indem er angiebt, der p. L. habe schon im Jahre 1890 wegen einer That, die immerhin als ein Zeichen auffallender Gereiztheit gelten könnte, 3 Monate Gefängniss erhalten. Er habe damals einen Mitarbeiter, welcher ihn allerdings gereizt habe, durch Schläge mit einer schweren Zange verletzt.

Im Februar 1892, der Tag ist in dem polizeilichen Protokoll gar nicht angegeben, wurde der p. L. durch einen 25 Pfund schweren Hammer, der eine Schlagfläche von 88 qmm hat, in der Weise verletzt, dass der Hammer von einem Keiltreiber, auf den er mit voller Wucht auffallen sollte, durch Abbruch einer Kante des Keiltreibers abprallte und den p. L. in das Weiche zwischen Kinnlade und Oberkiefer der rechten Backe traf. Auf der rechten Seite wurden in Folge dessen mehrere Backenzähne gelockert, es zeigte sich eine kleine Hautabschürfung, welche in wenigen Tagen heilte, die Backe aber selbst schwoll erheblich an, so dass die Schwellung 14 Tage lang sichtbar war, der p. L. den Mund nicht öffnen und nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. L. ging gleich nach dem Unfall nach Hause, kam aber am nächsten Tage wieder zur Arbeit und blieb in derselben noch 4 bis 5 Wochen, allerdings mit mehrfacher 2 bis 3tägiger Unterbrechung, wobei er über Kopfschmerzen klagte. Auch in der Fabrik äusserte L. gleiche Beschwerden.

Etwa 3 Wochen nach dem Unfall sagte L. in der Fabrik zu seinem Meister (K.), mehrere Leute aus der Fabrik wollten ihm den Kopf unter die Maschine stecken und abquetschen.

So wie vorliegend geschildert, gestaltete sich die nachträgliche polizeiliche Ermittelung des Unfalls, in welcher ausdrücklich noch gesagt ist, dass laut Aussage der Mitarbeiter L. nicht dem Trunke ergeben war.

Dass L. unmittelbar nach dem Schlage irgend welche Zeichen von Benommenheit, Bewusstlosigkeit, Uebelkeit dargeboten habe, ist polizeilich nicht festgestellt.

Erst Ende März oder Anfang April, also vielleicht 6 Wochen nach dem Unfall, kam der p. L. in ärztliche Beobachtung. Herr Dr. H. bezeugt, dass L., ohne dass augenscheinlich eine wesentliche Erregtheit bestand, damals einen scheuen, unstäten Blick hatte und ausgebildete, durch Sinnestäuschungen vermittelte Wahnideen äusserte. Der Kranke behauptete, er werde von 3 Mitarbeitern verfolgt, dieselben äusserten sich abfällig über ihn und quälten ihn mittels elektrischen Feuers, welches er deutlich an der Decke sehe und an seinem Rücken spüre, so dass er es bald nicht mehr aushalten könne.

Mit Rücksicht auf die Möglichkeit, dass der p. L. rasch einmal tobsüchtig werden könne, rieth Dr. H. zur Unterbringung in die Charité. Dieselbe erfolgte, nachdem noch Dr. M. und Dr. P. den Kranken gesehen hatten, am 19. April 1892. Dr. M. bezeichnet das Leiden als Gehirnerweichung und schiebt die alleinige Ursache der Erkrankung auf den Unfall, während Dr. H., welcher die Krankheit als halluzinatorische Verrücktheit bezeichnet, jeden Einfluss des Unfalls ablehnt.

Am 19. Oktober 1892 nahm ihn die Frau ungeheilt nach Hause, am 8. April 1893 musste er wegen Tobanfällen in die Charité zurückgebracht werden und wurde von dort aus am 25. April in die Irrenanstalt nach Dalldorf überführt, wo er sich gegenwärtig noch befindet.

Unter dem 30. September 1893 bezeugt Herr Oberarzt Dr. G., allerdings ohne Angabe des seinen Schlüssen zur Unterlage dienenden thatsächlichen Materials, dass es wahrscheinlich sei, bei dem p. L. sei eine bereits bestehende Geistesstörung durch den Unfall verschlimmert worden.

Gutachten.

Dass die vorliegende Geistestörung nicht durch den Schlag mit dem Hammer entstanden ist, lässt sich mit Sicherheit annehmen. Selbst wenn man meint, der Schlag gegen die Backe habe das Gehirn ebenso geschädigt, als ob er gegen den Kopf direkt geführt worden sei, selbst dann würden, wie Herr Dr. H. bereits betont hat, der Zeitpunkt und die Art des Hervortretens krankhafter seelischer Erscheinungen nach dem Unfall nicht genügende Anhaltspunkte zu der Annahme geben, die Verletzung sei die direkte Ursache der Geistesstörung. Das gegentheilige Gutachten des Herrn Dr. M. kommt dabei nicht in Betracht, da dessen Diagnose „Gehirnerweichung“ sich nicht bestätigt hat und es von vornherein auch unwahrscheinlich ist, dass die Erscheinungen einer auf einer Gehirnerschütterung beruhenden Gehirnerweichung mit voller Deutlichkeit wenige Wochen nach der Verletzung aufgetreten sein sollten.

Zu diesen theoretischen Erwägungen kommt noch die positive Bekundung des Herrn Oberarztes Dr. G., dass die Erscheinungen der wirklichen Geistesstörung vor den Unfall zurückreichen. Deshalb muss ich die erste an mich gerichtete Frage dahin beantworten:

1. Die Geistesstörung des p. L. ist nicht durch den Unfall entstanden.

Erwägt man aber, dass L. trotz der vielleicht schon jahrelang zurückreichenden Entwickelung von Wahnideen bis zu dem Unfall voll erwerbsthätig war; dass er bis dahin trotz des dauernden Zusammenseins mit seinen Mitarbeitern keinerlei auffallende Züge der Gestörtheit trug; erwägt man ferner, dass er mit einem 25pfündigen Hammer einen Schlag in den Bereich der mit der Schädelkapsel direkt zusammenhängenden Gesichtsknochen erhielt; einen Schlag, welcher wohl geeignet war, das Gehirn ähnlich zu erschüttern, wie eine Kopfverletzung; erwägt man den damit zusammenhängenden Schreck und Schmerz, vielleicht auch die Sorge um Minderung des Arbeitsverdienstes, erwägt man schliesslich, dass ungefähr 3 Wochen nach diesem Vorfall die bestehende Geistesstörung in ein neues Stadium trat, indem die Wahnideen und Sinnestäuschungen so lebhaft wurden, dass die Stimmung und das Verhalten des p. L. sich sichtlich änderten, dass er seine Ideen zunächst offenkundig machte und dann in Erregtheit verfiel: so erscheint die Gesichtsverletzung doch wesentlich für die Steigerung seiner Geistesstörung, demnach auch für den Verlust seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Nun wird eingewandt, dass L. unmittelbar nach der Verletzung keine Bewusstlosigkeit oder andere schwerere Gehirnerscheinungen gezeigt habe. Das ist aber gerade für manche mit Kopfverletzungen zusammenhängende Geisteskrankheiten das charakteristische, dass unmittelbar nach der Verletzung nur ganz unscheinbare Erscheinungen auftreten, die sich allmählich erst steigern. So auch hier. Der Mann, welcher auf sich nicht sehr achtet, klagt schon nach wenigen Tagen über Kopfschmerzen. Er muss deswegen, trotzdem er der Sache keinerlei Bedeutung beimisst, die Arbeit zeitweise unterbrechen und nach wenigen Wochen ist er in der Irrenanstalt angelangt.

Deshalb beantworte ich, indem ich die 2. Frage der Sachlage gemäss umgestalte, dieselbe dahin:

2. der Unfall, welchen L. erlitt, war von wesentlichem Einfluss zur Herbeiführung seiner Erwerbsunfähigkeit, indem er eine bestehende Geistesstörung zur Arbeitsunfähigkeit verschlimmerte.

Fall No. II.

Der Schlosser Karl D. wurde mir Mitte Mai 1890 von einer Berufsgenossenschaft zugesandt mit dem Auftrage, mich gutachtlich über die Erwerbsfähigkeit desselben zu äussern, da ihm am 7. Januar 1890 ein Mauerstein auf den Kopf gefallen sei und eine Verwundung der Schläfe und des rechten Ohres verursacht habe. D. klage über Beunruhigung und fühlte sich ausser Stande, wieder auf den Bau zu gehen.

Der p. D. machte schon bei oberflächlicher Beobachtung einen sonderbaren Eindruck. Sein Blick war stier, sein Gesichtsausdruck misstrauisch und zerstreut, sein Wesen etwas scheu. Bei genauerem Eingehen auf sein seelisches Verhalten liessen sich, abgesehen von Beschwerden über Kopfschmerzen und Schwindel, deutliche, tief eingewurzelte Verfolgungswahnideen bei ihm feststellen. Er behauptete, dass der Mauerstein nicht durch Zufall seinen Kopf getroffen habe, nein, es sei dies eine Machination seiner Feinde. Jetzt überwache man ihn Tag und Nacht, man umgäbe ihn mit Spionen, man höhne ihn und ziehe ihm seine Gedanken ab, deshalb könne er nicht arbeiten. Seine Feinde seien theils Sozialisten, theils Verwandte, die ihn um das Erbe bringen wollten.

Sein ganzes Verhalten war so charakteristisch, dass eine Täuschung ausgeschlossen erschien. Die Form der Geistesstörung, eine chronische hallucinatorische Verrücktheit deutete auf ein längeres Bestehen hin.

In der That ergab sich, dass D. der Sohn eines in Geistesstörung Verstorbenen war und beim Militär bereits einen Wuthanfall mit Krämpfen gehabt hatte. Dass er vor dem Unfall schon mit Wahrscheinlichkeit Wahnideen gehabt hatte, darauf deutete der Inhalt seiner Wahngespinste: z. B. früher, als er mit Kalendern auf der Strasse gehandelt habe, hätte man ihm durch Blumenhändlerinnen Parfüm mit giftigen Gasen zugeweht, so dass er Kopfschmerz bekommen habe.

Ich gab mein Gutachten dahin ab, dass die Kopfverletzung eine bestehende Geistesstörung verschlimmert habe. D. sei durch den Unfall in einen Erregungszustand gerathen und seine fixen Ideen hätten dadurch solche Macht über sein Wollen erhalten, dass er zunächst zu einer ruhigen und regelmässigen Erwerbsthätigkeit nicht zu gebrauchen sei und als völlig arbeitsunfähig erachtet werden müsse. Eine Besserung bis zur beschränkten Arbeitsfähigkeit sei noch möglich. Die einzige Behandlungsart wäre Ueberführung in eine Irrenheilanstalt. D., welcher eine Art dunkles Krankheitsbewusstsein habe und gern von seinem quälenden Zustande befreit sein möchte, würde gewiss freiwillig in eine solche gehen.

Die Anstaltsbehandlung fand statt. D. wurde ruhig, ist entlassen und arbeitet wieder. Er erhielt vom Schiedsgericht mit Rücksicht darauf, dass die Geistesstörung nur in Intervallen in die Erscheinung träte, $66^2/_3\%$ Rente. Sein Wahnsystem besteht fort.

Kasuistische Beiträge zur Simulationsfrage.

Von

Dr. **Ohlemann**-Minden.

Unter obigem Titel veröffentlichte Bähr-Hannover in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung No. 2 d. J., referirt im ärztlichen Centralanzeiger vom 14. Februar cr., einen Fall von zweifelhafter Simulation, wobei er a priori, nicht etwa zum Schlusse, annimmt, dass Simulation selten sei in Unfallsachen. Seine in diesem Aufsatze ausgesprochene Meinung, dass er unter Simulation das Glaubhaftmachen einer Krankheit oder von Beschwerden verstehe, für welche jede Basis fehle, findet indess eine besondere Illustration in den im letzten halben Jahre hier beobachteten 3 Fällen, die auch weitere Kreise interessiren dürften, und darthun, wie leicht ein Arzt getäuscht werden kann, und wie gerechtfertigt es ist, dass derselbe auf seiner Hut ist, wenn es sich nicht blos in Unfallsachen allein, sondern auch in Krankheiten um Leute handelt, die durch eine Verletzung oder Krankheit einen pekuniären oder anderen Vortheil erwarten. Die Unfallsrenten, Alters- und Invaliditätsrenten, die militärische Dienstpflicht geben dazu die meiste Veranlassung. Alle diese Kategorien sind im Folgenden vertreten.

Fall 1. Der Bergmann A. H. aus Porta erlitt im April v. J. eine centrale Hornhaut-Verletzung, die in einem Monat mit $S = {}^6/_{24}$ heilte. Er ging wieder an die Arbeit, kam indess 5 Wochen später wieder. Es zeigte das vorher verletzte Auge Mydriasis, pericorneale Injektion, Conjunctivitis, Thränen, Lichtscheu. Auf Befragen, er habe sich doch keine Augentropfen oder Salben in das Auge gemacht, da natürlich an Atropin gedacht wurde, verneinte er, gab an, das Auge sei seit ein paar Wochen schlimmer geworden, nun könne er es nicht mehr aushalten. Der Mann war durchaus bescheiden und bestach förmlich durch sein nettes Benehmen. Miotica vertrug er nicht. Anfangs wurde er ambulant behandelt, dann eine kleine Zeit im Krankenhause. Zeitweilig besserte sich das ganze Auge und ging er dann wieder an die Arbeit — um bald wieder mit denselben Klagen sich einzustellen. Ich hielt den Zustand für traumatische Mydriasis. Eine Zeit lang vertrat mich ein Kollege, der der Meinung war, es handele sich um Glaukom. Als daher Patient eines Tages wieder kam mit demselben objektiven Befund, wurde ihm, zumal er $S = {}^1/_{36}$ angab, Iridectomie vorgeschlagen und ausgeführt. Der Mann

war wie ein Lamm und unterwarf sich willig Operation und Bettlage. Das Auge heilte. Nach 4 Wochen noch immer derselbe Zustand. Die Mydriasis blieb. Nun berichtete ich an die Berufsgenossenschaft nach Bochum und bat um die dortige Beobachtung des Patienten, indem ich angab, dass ich trotz des guten Verhaltens des Mannes Zweifel hegen müsse. Und das Resultat? Dr. Nieden in Bochum machte einen Occlusiv-Verband des Auges, liess die Kleidung des Mannes visitiren und fand — Atropin in derselben. Seit der Zeit ist die Mydriasis fort und der Mann arbeitet wieder. —

Fall 2. Ein Soldat, vorbestraft, der bereits in der französischen Fremdenlegion gedient hatte, erklärte eines Morgens im Januar, nach Ablösung von Wache, es waren etwa — 10° R., dass er nicht mehr sehen könne. Ins Lazareth aufgenommen, giebt er $S = {}^6/_{36}$ an. Ophthalmoskopisch kein Befund. Da retrobulbäre Neuritis im Beginn möglich, wird er mit Natr. Salicyl., Bettlage, Jodkalium später, vier volle Wochen behandelt. Sein Benehmen erweckt den Verdacht der Simulation, diese ist aber nicht nachweisbar. Dies führte zu einer Konsultation. Beim Ophthalmoskopiren sucht er auszuweichen, verdrehte das Auge, doch gelang es, seine Refraktion zu bestimmen und im umgekehrten Bilde die ganze Retina und den Optikus zu untersuchen. Er war Emmetrop, der Augenhintergrund normal. Die Sehschärfe gab er an $= {}^6/_{36}$. Ich schlug nun vor, eine Pilocarpin-Injektion zu machen, indem ich von der Annahme ausging, dass der physische Effekt, den eine solche hervorruft, eine derartige Depression erzeugen würde, dass eine Simulation dadurch nicht weiter fortgesetzt werden dürfte. Am Abend erhielt der Soldat 0,2 Pilocarpin subkutan, am anderen Morgen meldete er von selbst dem diensthuenden Lazarethgehilfen, er könne wieder besser sehen, er möge es dem Herrn Stabsarzt sagen. Bei der Sehprüfung fand sich $S = {}^6/_5$! Der Mann war kurirt.

Fall 3. Der Zimmermann G. aus Bielefeld, etwa 60 Jahre alt, hatte bei der Alters- und Invaliditäts-Versicherung daselbst angemeldet, dass er wegen Augenleidens arbeitsunfähig sei. Er brachte Zeugen bei, die dies bestätigten. Er zeigte Blepharospasmus. Er wurde dann in einer dortigen Augenklinik 4 Wochen lang beobachtet. Das Gutachten fiel aber dahin aus, dass er der Simulation verdächtig sei. Darauf legte der Mann Berufung ein. Vom Schiedsgericht, der Königlichen Regierung, mir zur Beobachtung überwiesen, stellte er sich als ein Mensch mit gutem Ernährungszustande vor, dem man es ja gerne gegönnt hätte, wenn er ohne zu arbeiten, von einer Staats-Rente leben könnte. Das eine Auge hielt er mit einem Taschentuche zu, mit dem andern blinzelte er; nahm er das Tuch ab, so blinzelte er mit beiden Augen. Er hatte vielleicht nicht mehr die Energie, einen Blepharospasmus durchzuführen. Er gab $S = {}^6/_{24}$ an, ophthalmoscopisch zeigte er sich als emmetropischer Presbyop. Seine sonstigen unerschöpflichen weinerlichen Klagen in nuce: er könne nicht sehen, das Licht blende ihn. Um ihn ohne Zeitverlust zu entlarven und gleichzeitig die nöthigen Zeugen zu haben, zog ich einen älteren Landmann, der eine optische Iridectomie hinter sich hatte, und mit dem er ein Zimmer theilen sollte, ins Vertrauen, ebenso die pflegende Schwester des Krankenhauses. Da stellte sich denn bald heraus, dass das Blinzeln nur da war, wenn der Arzt oder die Schwester das Zimmer betraten, das Taschentuch trat nur dann in Aktion. Dem Landmann gab er die Zeit auf der Taschenuhr an, und selbst das Sonnenlicht genirte ihn in keiner Weise.

Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass eine Simulation leichter zu entdecken ist, wenn man bereits auf dieselbe aufmerksam gemacht ist, und dass im Beginne mancher Arzt sich täuschen lässt. Traurig genug ist es, dass man diesen Faktor in seine Diagnose mit hineinziehen muss. Für die Behandlung endlich würde es durchaus loyal sein, wenn man im Falle einer amblyopia spuria es eben so machte wie bei amblyopia vera, man behandelte mit Pilocarpin, aber subkutan, und wäre es wünschenswerth, wenn auch von anderer Seite auch bei anderen Fällen, wo Verdacht auf Simulation oder Aggravation irgend welchen Körpergebietes bestände, dieses Mittel versucht würde.

Referate.

Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste.

Von Dr. Carl Löwenthal.

(Archiv für Klinische Chirurgie, 49. Band, Heft 1 und 2.)

Nächst der traumatischen Tuberkulose, welche von Guder in vorzüglicher Weise abgehandelt worden ist (s. No. 4 dieser Zeitung) ist es besonders der traumatische Ursprung der Geschwülste, welcher für die Begutachtungen im Bereiche der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung ein hervorragendes praktisches Interesse gewonnen hat. Dem Verfasser dieser auf Anregung des Prof. Bollinger-München entstandenen Arbeit gebührt das Verdienst diese Frage in erschöpfender Weise an der Hand der Statistik einem grösseren Lehrerkreise zugänglich gemacht zu haben. Nachdem er ein ausführliches Register der ganzen Litteratur über den Gegenstand vorangeschickt, führt er zunächst die in Virchow's Buche „Die krankhaften Geschwülste" enthaltenen Fälle an, in welchen die erste Entstehung der Neubildung unzweifelhaft von einem Trauma ausging, alsdann stellt er in seiner Arbeit eine Zahl von 800 gesammelten Fällen zusammen, in denen ein einmaliges Trauma als Ursache einer nach der Einwirkung desselben entstandenen Neubildung bezeichnet wurde; für die Darstellung dieser Fälle hat er die Tabellenform gewählt, und an die tabellarische Uebersicht schliesst er eine statistische Zusammenstellung der Resultate an, welche sich ergeben, wenn wir Alter, Geschlecht, Beruf des Patienten, die Häufigkeit der einzelnen Geschwulstarten nach Traumen, den Sitz der Neubildung, schliesslich die zwischen der Einwirkung des Traumas und der Entstehung der Neubildung verflossene Zeit in Betracht ziehen.

In dieser Weise führt Verf. zuerst 137 Fälle von Krebs der weiblichen Brustdrüse auf, in welchen ein Trauma als Ursache angegeben wurde. Er vergleicht dann seine Statistik mit derjenigen v. Winiwaters, Oldekops, Henrys, Fischers, Schulthess, Snows und Estlanders. Die Ansichten, welche wir über den Einfluss eines Traumas in den verschiedenen Arbeiten dieser Autoren ausgesprochen finden, stimmten alle in dem Punkte überein, dass dem Trauma eine Bedeutung für die Krebsentwickelung in der Mamma nicht abgesprochen werden könne, dass aber gerade bei dem Mammacarcinom den Angaben der Patientinnen gegenüber die grösste Vorsicht geboten sei. Besonders bemerkenswerth ist in Bezug hierauf der von Grosch (Studien über das Lipom, deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 26, 1887) citirte Ausspruch: „Die traumatische Aetiologie hat in der That für die Geschwulstbildung viel Bestechenderes an sich, denn nichts entspricht dem Bedürfniss unseres Verstandes nach einem einfachen und durchsichtigen Kausalitätsverhältnisse in dem Grade, wie die Annahme, dass auf einen einmaligen oder wiederholten Reiz, mag derselbe mechanischer, chemischer oder thermischer Natur gewesen sein, der Organismus an der affizirten Stelle mit dem Produkte einer lokalen Gewebsirritation in Form eines Neoplasma reagirt. Für einzelne Geschwulstarten, so namentlich für das Carcinom und das Sarkom, hat denn auch die klinische Erfahrung die Bedeutung des Trauma in dem Sinne einer geschwulstbildenden Ursache mit

befriedigender Sicherheit festgestellt." — Es folgen dann 12 Fälle von Krebs der Brustdrüse bei Männern aus traumatischer Ursache. Ferner mit derselben ätiologischen Beziehung 42 Fälle von Krebs der Unterlippe, 5 Fälle von Krebs der Augenlider, des bulbus und der orbita; weitere 35 Fälle von Krebs an Wangen, Kinn, Stirn und Schläfe; 1 Fall von Krebs des Ohres; 16 Fälle von Krebs der Zunge und Mundschleimhaut, je 1 Fall von Krebs des Magens und Pankreas, 19 Fälle von Krebs der Geschlechtstheile, 15 der Harnorgane, 2 des Rektums, 18 der oberen und 26 der unteren Extremität, endlich 10 Fälle des Rumpfes; hieran schliessen sich 10 Fälle von Adenom (1 Blinddarm, 9 Mamma) und 116 Fälle von Fibrom, Lipom, Myxom, Chondrom, Osteom, Angiom, Myom, Gliom und Neurom der verschiedensten Körpertheile in Folge von Traumen. — Endlich werden 316 Fälle von Sarkom aufgeführt, und zwar 78 des Kopfes und Gesichtes, 9 des Halses und Nackens, 30 der Brust, 7 des Rückens und der Wirbelsäule, 12 der Bauchdecken und Bauchhöhle, 12 des Beckens und der Lumbalgegend, 21 der Genitalien, 42 der oberen Extremität und 103 der unteren Extremität, endlich 2 multiple Sarkome; auch in allen diesen Fällen von Sarkom konnte ein exquisites Trauma als Ursache bezeichnet werden. Der Zeitraum zwischen Trauma und Sarkombildung war in 190 Fällen genauer bezeichnet, und zwar trat die Geschwulst auf in 1 Monat und darunter in 135 Fällen, in 1 Monat bis 1 Jahr in 33 Fällen, und in Zeit von mehr als 1 Jahr in 22 Fällen (bis 49 Jahre Zwischenraum sind angegeben). Unter den Knochen erkranken humerus, femur und tibia am häufigsten an Sarkom.

Am Ende der Statistik fasst Verf. die gewonnenen Resultate in ihren Hauptzügen kurz zusammen: Die Summe der epithelialen Neubildungen (Carcinome, Adenome) beträgt 368 = 46 Prozent, also nahezu die Hälfte der nach Traumen entstehenden Geschwülste. Das Ueberwiegen der Bindegewebsgeschwülste (54 Prozent) ist bedingt durch die grosse Zahl der traumatisch entstandenen Sarkome. — In Bezug auf die Vertheilung der Geschwülste auf die verschiedenen Körperregionen zeigt eine Uebersicht das ausserordentliche Vorwiegen der Geschwulstbildung nach Trauma an der Brust und der untern Extremität, welche zusammen nahezu die Hälfte sämmtlicher Fälle ausmachen. — Die Geschwulstform, für welche am häufigsten ein Trauma als ätiologisches Moment angeführt wird, ist das Sarkom. Diese Thatsache sei schon von den verschiedensten, zuverlässigen Autoren hervorgehoben worden.

Zum Schluss kommt Verf. auf die Frage zurück, wie man sich den Zusammenhang zwischen dem Einwirken eines Traumas und dem Auftreten einer Neubildung vorstellen soll, und führt u. A. besonders die von Virchow vertretene Ansicht an, dass als Ursache der Geschwulstbildung nach einem Trauma eine örtliche Disposition der Gewebe anzunehmen sei. Er citirt einen darauf basirenden Ausspruch Ackermann's (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 233 und 234), welcher lautet: „Dass gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor die unendliche Menge von Fällen nichts beweist, in denen eine neoplastische Geschwulst nach der traumatischen Einwirkung ausbleibt, bedarf kaum der Erwähnung, wenn man, wozu bekanntlich alle Ursache vorhanden ist, an der Existenz einer lokalen Prädisposition festhält, welche für sich allein ebensowenig einen Tumor zu entwickeln vermag, wie hierzu der als zweite Bedingung erforderliche „Reiz" ohne dieselbe ebenfalls ausser Stande ist". Seine eigene Ansicht über diesen ursächlichen Zusammenhang einer Geschwulst mit einer vorangegangenen Verletzung drückt dann der Verfasser mit folgenden Worten aus: „In welchem Sinne sich nun die einzelnen Autoren entscheiden mögen, so wird doch von Allen zugegeben, dass das Trauma eine grosse Rolle spielt und seine Bedeutung für die Entstehung der Geschwulste keineswegs zu unterschätzen ist. Wenn aber die Möglichkeit eines traumatischen Einflusses auf die Entwickelung von Geschwülsten zugegeben wird, so kann man in einem gegebenen Falle, wenn z. B. bei einem Arbeiter an der Stelle einer Verletzung eine Geschwulst entsteht, nicht in Abrede stellen, dass das vorausgegangene Trauma auf die Entstehung und das Wachsthum der Geschwulst von grossem Einfluss gewesen ist. Auf einen solchen Fall werden die gesetzlichen Bestimmungen, welche jetzt zum Schutze oder zur Entschädigung des Arbeiters bestehen, zu erstrecken sein."

Der Autor hat durch diese fleissige und sehr verdienstvolle Arbeit einen werthvollen Beitrag für die Begutachtung, besonders Unfall-Verletzter geliefert. Becker-Berlin.

Das Krankheitsbild des traumatischen Diabetes vorwiegend vom forensischen Standpunkt.

Von Dr. Willie Asher-Leipzig.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen. Jahrgang 1894, 4. Heft und 1895, 1. Heft.)

Für den mit der Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter betrauten Arzt hat die obige Arbeit einen hohen praktischen Werth, da in ihr der Versuch gemacht ist, auf Grund sämmtlicher bisheriger Erfahrungen aus der Literatur nicht nur ein genaues Bild von dem traumatischen Diabetes zu entwerfen, sondern vor Allem den forensischen Gesichtspunkt näher zu präzisiren, welcher seit Inkrafttreten der Unfallversicherung ein um so höheres Interesse für sich in Anspruch nimmt.

Dass Diabetes mellitus gelegentlich im Anschluss an ein Trauma, und zwar auch, wenn der Kopf bei demselben nicht betheiligt ist, auftritt, ist schon seit Jahrzehnten bekannt; in der deutschen medizinischen Literatur wird zum ersten Mal von Ebstein (Berliner Klinische Wochenschrift 1892. S. 1041 und 1079) der Diabetes in Verbindung mit der „traumatischen Neurose" dargestellt und zugleich als wahrscheinlich ausgesprochen, dass das vorausgegangene Trauma in ätiologischer Beziehung zu jenem stehe. In dem Ebsteinschen Falle handelte es sich um einen 45jährigen Lokomotivführer, der bisher im Wesentlichen gesund gewesen war und im Jahre 1883 einen Eisenbahnunfall erlitt, welcher zunächst das Auftreten einer schweren „traumatischen Neurose" zur Folge hatte. Im Verlaufe derselben wurde im Jahre 1889 Diabetes festgestellt und diese Entdeckung fiel in praktischer Hinsicht sehr in die Wagschale, da über den Zustand des erkrankten Lokomotivführers ein gerichtliches Gutachten abgegeben werden musste, welches dahin lautete, dass nach Feststellung des Diabetes mellitus der Patient als chronisch krank und als erwerbsunfähig zu erklären sei. Im Gegensatz zu dem wegen des langen Zeitraumes, welcher zwischen dem stattgefundenen Trauma und der Entstehung des Diabetes bestand, zweifelhaften Ebstein'schen Fall schildert der Verfasser in ausführlicher Weise einen selbst beobachteten Fall von fast unzweifelhaftem traumatischen Diabetes und hebt im Anschluss hieran hervor, dass die englische und die französische Literatur zahlreiche Belege dafür bietet, wie häufig in jenen Ländern es zu gerichtlichen Entscheidungen betreffs eines traumatischen Diabetes gekommen ist.

Was das Vorkommen und die Aetiologie des traumatischen Diabetes anbelangt, so ist nach Asher das Auftreten des Diabetes im Anschluss an ein Trauma ein ziemlich häufiges und wohl verbürgtes. Die häufigste Veranlassung bilden Kopfverletzungen, doch kommt er gar nicht selten im Gefolge eines Traumas einer beliebigen anderen Stelle des Körpers

vor, insbesondere der Rücken- und Bauchtheile. Vorwiegend das männliche Geschlecht wird von ihm befallen und hält er sich nicht nur an die zu diesem Leiden Veranlagten, sondern betrifft auch bisher völlig Gesunde. Ist eine Anlage nachweisbar, so ist doch das Trauma als das veranlassende Moment zu beschuldigen.

Den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Diabetes zu begründen durch die Erfahrungen und Forschungen der pathologischen Anatomie und der Physiologie, ist uns bislang noch nicht vergönnt, es existiren nur Thatsachen, welche ihn wahrscheinlich machen.

An der Hand von 21 Beobachtungen schildert der Verfasser sodann die Symptomatologie und den Verlauf des traumatischen Diabetes, der mit dem des idiopathischen identisch ist. Das Diabetes traumaticus kann am Tage des Unfalls, kürzere oder längere Zeit, selbst Jahre nach demselben einsetzen. Doch ist der traumatische Ursprung zweifelhaft, wenn über 3—5 Jahre nach demselben verstrichen sind.

Von grösster Wichtigkeit ist die Diagnose des traumatischen Diabetes als solchen. Von ihr hängen die weiteren forensischen Erwägungen in erster Reihe ab. Sie stützt sich auf das wohl verbürgte Vorkommen der Zuckerharnruhr im Anschluss an eine erlittene Verletzung. Ist Zucker im Urin nachgewiesen und fehlen die charakteristischen Allgemeinsymptome des Diabetes mellitus, so kann die Diagnose erst im weiteren Verlauf der Krankheit gestellt werden; differential diagnostisch kommt hier die Glycosurie in Betracht, welche geraume Zeit vorübergehend bestehen kann. Von gröster Wichtigkeit für den Sachverständigen ist es, festzustellen, ob nicht vor dem Unfall bereits Diabetes bestanden hat; nur selten wird der begutachtende Arzt in der glücklichen Lage sein, hierüber Bestimmtes zu erfahren. Es wird ihm dann nichts Anderes übrig bleiben, als sämmtliche Organe und Organsysteme gründlich wiederholt zu prüfen, welche nachweislich beim Diabetes mellitus betheiligt sei können. Die Mundhöhle ist darauf zu untersuchen, ob die Zunge breit und dick, uneben, rissig, ob das Zahnfleisch gelockert ist, ob die Zähne stark kariös sind, ob die Mundflüssigkeit sauer reagirt. Bei den Respirationsorganen ist auf obstartigen Acetongeruch, auf tuberkulöse und gangränöse Prozesse der Lunge zu fahnden. Ebenso ist bei den Cirkulationsorganen die Aufmerksamkeit auf Anzeichen von Herzschwäche, auf die Zahl der Pulsschläge, auf etwaige Ateriosclerose zu richten. Balanitis, Eczeme und furunculöse Abscesse der äusseren Geschlechtstheile dürften kaum im Initialstadium des Diabetes auftreten, alle Narben von letzteren sind ein sicherer Beweis, dass das Leiden längere Zeit bestanden hat, ebenso Catarakte und Gangränbildung, besonders einzelner Zehen.

Ist in dem Urin eines frisch Verletzten Zucker nachgewiesen, und findet sich nur ein einziges dieser objektiven Symptome, so kann es nicht in dem Sinne einer längeren Dauer des Diabetes gedeutet werden; nur das Zusammentreffen von mehreren dieser objektiven Symptome muss den Verdacht erwecken, dass der Diabetes schon lange bestanden hat. Sich bei Erforschung objektiver Symptome auf die Aussagen der Patienten zu verlassen, ist nach dem Verfasser eine missliche Sache; denn wenn ihm daran gelegen ist, seine Krankheit als Folge eines Anfalles erscheinen zu lassen, so wird er schwerlich zugeben, dass derartige Symptome vor demselben bestanden haben, selbst wenn dies sicher der Fall war. Hier können nur geschickt gestellte Fragen oder Erkundigungen bei uninteressirten Personen den Sachverständigen den wahren Sachverhalt erkennen lassen.

In jedem Falle, wo Entscheidungsansprüche auf Grund eines nach vorausgegangenem Trauma entstandenen Diabetes erhoben werden, ist es nothwendig, den betreffenden Patienten zu kontroliren, denn der Diabetes kann simulirt werden. Es können sämmtliche subjektiven Symptome vorgetäuscht werden, es kann aber auch das entscheidende objektive Symptom durch Betrug erzeugt werden, wofür ein in der Arbeit mitgetheilter Fall einer hysterischen Kranken spricht. Es wäre nicht unmöglich, bei den zahlreichen Quellen, aus denen das Publikum seine medizinischen Kenntnisse schöpft, dass sich der Eine oder Andere den Diabetes zum Studium macht, nachdem er gehört hat zufällig, dass eine Verletzung im Stande sei, einen solchen zu erzeugen. Eine 2—3monatliche unauffällige Kontrole des klagbaren Patienten erscheint dem Verfasser zur Sicherung der Diagnose erforderlich.

Bei dem vorwiegend praktischen Interesse, welches die ausführliche Arbeit besonders dem mit der Begutachtung Unfallverletzter betrauten Arzt bietet, ist ihre Lektüre sehr zu empfehlen. Dütschke-Aurich.

Ueber Patellafrakturen.

Von Dr. Ferdinand Bähr-Hannover.

(Volkmannsche Sammlung klinischer Vorträge, No. 107.)

Verfasser tritt in dieser Abhandlung zunächst der bisher ziemlich allgemein herrschenden Auffassung von Lossen über das Zustandekommen der Patellafrakturen, insbesondere der häufigsten Form derselben, der Querfraktur, wonach dieselbe ein Rissbruch oder mindestens ein Dehnungsbruch sei, entgegen. Der von Janson herrührende Vergleich mit dem Stab, welches über dem Knie gebrochen wird, sei kritiklos auf die Nachwelt übergegangen. Auf Grund der Statistiken von Malgaigne, Hamilton, Maydt und Brunner ist Verfasser nicht der Lossen'schen Ansicht, dass die Fälle von Querfrakturen auf die Dehnung und nicht auf den „Fall" zurückzuführen seien. In 8 Fällen, welche Verfasser selbst beobachtet hat und bei welchen er sich nach dem Zustandekommen des Unfalls eingehend erkundigt hat, war die Einwirkung der Gewalt eine direkte. Bei den Patellafrakturen seien die Stollenränder des Femur vielfach mitbetheiligt. Eine Anzahl von Patellafrakturen sind deshalb so schwere Verletzungen, weil eines der beiden oberen Enden der Stollenränder oder der untere Theil des unteren Stollenrandes mitgetroffen wurden. Es sei ihm immer aufgefallen, das bei Kontusionen des Kniegelenks in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Schmerzen am hartnäckigsten zwischen Condylus internus und Patella fortbestehen. Es seien allerdings Verletzungen der Stollen, Absprengungen kleinerer Knochenstücke, Fissuren u. s. w., nicht so leicht der Diagnose zugänglich, aber seit der Einführung des Unfallversicherungsgesetzes sind wir nothgedrungen veranlasst, uns mehr und mehr mit diesen nicht klassischen, mit den atypischen Fällen zu beschäftigen. — Nach seiner Erörterung des Mechanismus der Patellafrakturen kommt Verfasser zu dem Resultate, dass dabei die Patella nicht durchbricht, wie ein über dem Knie gebrochener Stab, sondern dass das untere Ende der Patella durch die Gewalt des Falles abbricht; dementsprechend sässen dann auch die meisten Querfrakturen in der Mitte oder unterhalb derselben. — Er theilt dann seine Beobachtung mit, dass bei allen Knieverletzungen, welche mit Schwäche oder Funktionsstörungen einhergingen, die Atrophie immer am ausgesprochensten am Vastus internus vorhanden sei, wenn sich die übrigen Portionen des Quadriceps an Volumen und Konsistenz schon längst wieder erholt haben, und macht gerade auf dieses Verhältniss nachdrücklich aufmerksam, weil er, besonders im Gutachten, die Atrophie des Quadriceps in toto nach Messungen negirt fand, wo sie noch am

Vastus internus evident fortbestehend; am deutlichsten zu erkennen sei dies Verhalten nicht durch das Bandmass, sondern wenn man das Knie stark durchdrücken lässt. Die stärkere Betheiligung des Vastus internus an der Atrophie finde eine Erklärung in seiner wesentlichen Beziehung zum „Reservestreckapparat“, wie es auch von Bergmann angegeben, der auf die grössere oder geringere Mitbetheiligung des aponeurotischen Apparates bei Patellafrakturen zur Erklärung der stellenweise schwer erklärlichen Verschiedenheit der Funktionsstörung hingewiesen hat. — Verfasser giebt dann als Beispiel für die oben bemerkte Komplikation des Patellabruches mit einer von ihm angenommenen Verletzung des Femur eine Krankengeschichte, und schliesst daran Bemerkungen über den Werth der Massage, welche von ihm als dem Leiter einer Heilanstalt, dem ein sehr grosses Material zu Gebote steht, von ganz besonderem Werthe sind. Man überschätzte vielfach den Werth der Massage. Der wesentliche Faktor für die Erhaltung eines Muskels sei die Funktion; die Massage hat mehr den Werth, pathologische Produkte zu beseitigen; sie regte allerdings die lokale Ernährung an, aber im Vergleich zur Funktion sei sie ein ganz minimales Agens. Verfasser wendet sich schliesslich gegen den „Massagefanatiker“, und meint, dass die Enthusiasten einer Methode immer mehr schaden als die ruhigen Kritiker. Beherzigenswerthe Worte. — B.

Ueber Statistiken.

Von Dr. C. Thiem-Cottbus.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1895, No. 2.)

Unter dem angegebenen Titel macht der Verfasser sehr zutreffende Bemerkungen über die in neuerer Zeit üblichen Jahresberichte, wie sie von Besitzern und Leitern von medicomechanischen und ähnlichen Heilanstalten periodisch herausgegeben und an Aerzte und Berufsgenossenschaften versandt zu werden pflegen. In diesen sind tabellarisch den Graden der Erwerbsunfähigkeit bei der Aufnahme gegenübergestellt diejenigen bei der Entlassung aus der Anstalt, und der Leser dadurch zur Vornahme eines Subtraktionsexempels genöthigt, welches ihm den durch die Anstaltsbehandlung erreichten Erfolg in Zahlen ad oculos demonstrirt. Verfasser macht auf das Werthlose, ja Fehlerhafte solcher Statistik aufmerksam, und hebt mit Recht hervor, wie es bekannt und erwiesen ist, dass unmittelbar nach der Entlassung aus medicomechanischen Instituten das Heilresultat häufig günstiger aussieht, als Wochen und Monate nach der Entlassung. Diese Bemerkung des in der Unfallheilkunde gewiss sehr kompetenten Verfassers stimmt überein mit den auch juristischerseits im Reichs-Versicherungsamt gemachten Erfahrungen (vergleiche diese Zeitung No. 3 S. 36 — Ref.). Verfasser tadelt mit scharfen Worten die angegebene Art der Statistik. B.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Der Versuch des Angehörigen eines Unfall-Rentenempfängers dessen Tod an Influenza mit den Folgen des Unfalls in Verbindung zu bringen, abgewiesen.

Der Kutscher Kaufmann aus Köln bezog für die Folge eines im Betriebe des Fuhrherrn Weber zu Köln am 19. März 1893 erlittenen Unfalls, bestehend in einer Quetschung der rechten Hüfte und des Schienbeines von der Fuhrwerksberufsgenossenschaft durch Bescheid vom 26. September 1893 eine Unfallrente von 20 Prozent, berechnet nach dem Jahresarbeitsverdienst von 1095 Mk. Diese Rente gelangte mit Wirkung vom 1. Februar 1894 zur Einstellung, da Kaufmann am 30. Dezember 1893 verstorben war. Der behandelnde Arzt Sanitätsrath Dr. Willms berichtete am 29. Januar 1894, dass Kaufmann an Influenza erkrankt gewesen und der Tod in Folge von Lungenlähmung eingetreten sei; seiner Ansicht nach hätte Kaufmann der letzten Krankheit mehr Widerstand leisten können, wenn er den Unfall nicht erlitten und seiner Beschäftigung hätte nachgehen können. Dem widersprach Dr. med. Hahn zu Köln in seinem Gutachten vom 20. Februar 1894, der behauptete, dass weder direkt noch indirekt der Unfall als Todesursache angesehen werden könne, dass die Influenza zur Lungenlähmung geführt hätte, sei nichts Auffälliges bei Kaufmann, der 20 Jahre lang an Lungenkatarrhen gelitten habe. Der Verletzte sei durch den Unfall nicht hinfällig geworden, im Gegentheil sei er in Folge des Unfalls in die Bonner Anstalt gekommen und aus derselben auch bezüglich seines durch Influenza heruntergekommenen allgemeinen Befindens gebessert entlassen worden. Wenn nun auch ein zweiter Influenza-Anfall im Dezember tödtlich geendet, so könne doch nicht als indirekte Todesursache der Unfall als körperschwächender Faktor herangezogen werden. — Die Berufsgenossenschaft lehnte es nun ab, den Hinterbliebenen eine Ascendentenrente zu gewähren. Die hiergegen eingelegte Berufung beim Schiedsgericht Köln war erfolglos. Ueber die Folgen des Unfalls vom 19. März 1893, so führte das Schiedsgericht aus, giebt das ärztliche Gutachten ein klares Bild. Es war damals noch eine Minderung der Beweglichkeit des Fusses vorhanden, das Allgemeinbefinden des Verletzten insbesondere der durch veralteten chronischen Bronchialkatarrh bedingte Zustand desselben hatte sich gebessert. Das Mass seiner damaligen Erwerbsunfähigkeit wurde, soviel der Unfall in Frage kam, auf 20 Prozent geschätzt. Wenn der Verletzte dann Ende Dezember — also $3^1/_2$ Monate später einen Influenzaanfall erlitt, der seinen Tod herbeigeführt hat, so ist nicht abzusehen, wie dieser Ausgang als Folge des Unfalls angesehen werden kann. Der Influenzaanfall ist ein neu eintretendes schädigendes Ereigniss, weshalb dieser Anfall und nicht die Verletzung vom 19. März 1893 als Ursache des Todes zu betrachten ist. Wie der Verletzte sich dem Influenza-Anfall gegenüber verhalten haben würde, wenn er den Unfall nicht erlitten hätte, entzieht sich der menschlichen Berechnung. Hier kann aber der Unfall umsoweniger als mitwirkende Ursache des Todes in Betracht kommen, als durch die Krankenhausbehandlung höchst wahrscheinlich der allgemeine Gesundheitszustand des Verletzten eher gebessert als verschlimmert ist. — Auf den hiergegen erhobenen Rekurs bestätigte das Reichs-Versicherungsamt die Vorentscheidung als zutreffend. M.

Unbotmässiges Verhalten im Krankenhause ist an sich kein Grund zur Renteneinstellung.

Dem Arbeiter Reeg war eine schwere Kette auf den Kopf gefallen; bei dem Verletzten traten sodann Krämpfe ein. Die Sächsisch-Thüringische Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft hatte den Reeg behufs ärztlicher Behandlung in eine Krankenanstalt von Dr. Schütz gewiesen. Wegen unbotmässigen Verhaltens, besonders aber wegen starken Rauchens, war Reeg aus der Krankenanstalt entlassen worden. Die Berufsgenossenschaft stellte darauf die Rentenzahlung ein und das Schiedsgericht wies die Berufung des Klägers zurück. Dieses schiedsgerichtliche Urtheil hat der Kläger fristzeitig durch das Rechtsmittel des Rekurses angefochten, indem er beantragt, unter Aufhebung der Vorentscheidung ihm eine Rente zuzuerkennen. Zur Begründung dieses Antrages hat er angeführt, dass er sich in der Heilanstalt des Dr. Schütz keineswegs unbotmässig betragen habe, und dass er zudem bei allen seinen Handlungen

unter dem Einflusse epileptischer Anfälle stehe. Die Beklagte hat mit dem Antrage auf Zurückweisung des Rekurses die Anführungen des Klägers bestritten. Im Laufe des Verfahrens hat der Kläger ein Gutachten des Dr. med. Grosse in Leipzig-Anger vom 26. Oktober 1894 überreicht, nach welchem er zur Zeit an Krampfanfällen im rechten Arm, ausserdem an Perioden von Verwirrtsein, Angst und lähmungsartigen Zuständen der unteren Extremitäten leiden soll. Das Rekursgericht hat in der ersten mündlichen Verhandlung, zu welcher der Kläger persönlich erschienen war, beschlossen, den Kläger in die von dem Professor Dr. Mendel hierselbst geleitete Privatklinik zur Beobachtung seines Zustandes zu überweisen und von dem genannten Sachverständigen ein Obergutachten zu erfordern. Dies Obergutachten ist nach mehrtägiger Beobachtung des Klägers unter dem 25. Dezember 1894 erstattet. Das Rekursgericht hat kein Bedenken getragen, den klaren und in sich schlüssigen Ausführungen des von dem Professor Dr. Mendel abgegebenen Gutachtens bei der Entscheidung zu folgen. Hiernach ist angenommen worden, dass der Kläger an hysteroepileptischen Anfällen leidet, die bald häufiger, bald seltener auftreten und als Folge des früheren Unfalls zu betrachten sind. Dagegen hat das Rekursgericht in dem Obergutachten keinen genügend sicheren Anhalt dafür gefunden, dass eine Weiterbehandlung des Klägers in der Heilanstalt des Dr. Schütz in Prödel, welche von ihm ausdrücklich abgelehnt worden ist, die Wahrscheinlichkeit einer Heilung oder Besserung des krankhaften Zustandes bot, zumal da sich die Häufigkeit der Anfälle unter dem schmerzlichen Gefühle, von der Familie getrennt zu sein, leicht steigern und damit verhängnissvolle Folgen nach sich ziehen konnte. Aus diesem Grunde konnte der Berufsgenossenschaft die Befugniss nicht eingeräumt werden, aus der Ablehnung des von ihr für zweckmässig erachteten und daher angeordneten Heilverfahrens ungünstige Schlüsse gegen den Kläger zu ziehen und die Zahlung der Rente einzustellen. Waren somit der Rentenaufhebungsbescheid vom 16. Februar 1894 und das ihn bestätigende schiedsgerichtliche Urtheil, wie geschehen, aufzuheben, so musste erwogen werden, in welcher Höhe dem Kläger eine Rente zuzuerkennen sei. Hierbei war auf der einen Seite zu berücksichtigen, dass die Anfälle sehr schwer und auch von den bedenklichsten Folgeerscheinungen begleitet sind, und dass die Fähigkeit, bei einem solchen Leiden einen passenden Erwerb zu finden, eine erhebliche Erschwerung erfährt; auf der anderen Seite war jedoch nicht ausser Acht zu lassen, dass der Kläger bisweilen längere Zeit gearbeitet hat, ohne wesentliche Beschwerden seines Leidens zu empfinden. Hiernach musste eine Rente von $66^2/_3$ Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit, die unter Zugrundelegung des unstreitigen Jahresarbeitsverdienstes von 880 Mark 34 Pf. 391 Mark 26 Pf. jährlich beträgt, für angemessen erachtet werden. Als Beginn dieser Rente ist der 6. Dezember 1893 festgesetzt worden, an welchem Tage der Antrag des Klägers, welcher bis dahin nur eine Rente von 10 Prozent genossen hatte, um Bewilligung einer höheren Rente bei dem Genossenschaftsvorstande eingegangen ist. Bis dahin hatte der Kläger anscheinend auch gearbeitet, während ihn in der späteren Zeit häufige Anfälle, verbunden mit Mattigkeit und Unruhe, an der Arbeit hinderten oder sie ihm doch erschwerten. Hat der Zustand des Klägers späterhin wieder eine gewisse Besserung erfahren, welche die Wiederaufnahme der Arbeit bis zu einem gewissen Grade gestattete, so fehlte doch die erforderliche Stetigkeit, um die Rente nach den einzelnen Zeiträumen verschieden abzustufen und verschieden zu bemessen. M.

Bücherbesprechungen.

Becker, L. Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung. Berlin. Richard Schoetz. 1895.

Die Fülle von ärztlichen Erfahrungen, die sich in nunmehr neunjähriger Wirksamkeit der Unfallversicherungsgesetze angesammelt und an denen der Verfasser in seiner Stellung als Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten hervorragenden Antheil genommen hat, sowie das reiche Material, das die Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts fortdauernd darboten, veranlassten den Verfasser, seine „Anleitung zur Beurtheilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach Verletzungen", nachdem dieselben bereits in der vierten Auflage wieder vergriffen war, zu erweitern und zu einem „Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung" umzugestalten.

Das Werk zerfällt in zwei Theile. Der erste Theil behandelt die Unfallversicherung und beginnt mit einer für den vorliegenden Zweck erschöpfenden Darstellung der gesetzlichen Organisation der Unfallversicherung in Deutschland; daran reiht sich die Besprechung über Unfall im Betriebe und Körperverletzung, über Erwerbsunfähigkeit, völlige Erwerbsunfähigkeit, theilweise Erwerbsunfähigkeit, dauernde und zeitweise Erwerbsunfähigkeit, ursächliches Verhältniss der Verletzung zu deren Folgen, Simulation und ärztliches Gutachten. An der Hand der gesetzlichen Bestimmungen, der vielfach prinzipiellen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts, der reichen Literatur und ärztlichen Erfahrungen ist die Behandlung der einzelnen Abschnitte klar und erschöpfend und überall darauf gerichtet, dem praktischen Bedürfniss Rechnung tragend, die vielgestaltigen und eigenartigen Beziehungen zwischen Verletzung und Leistungsfähigkeit zur Darstellung zu bringen. Besonders dankenswerth ist, dass dem ärztlichen Attestwesen ein besonderer Abschnitt gewidmet ist.

In dem folgenden speziellen Theil werden nach einander die allgemeinen Erschütterungen des ganzen Körpers (traumatische Neurosen) und die den Körper im Ganzen schädigenden Einflüsse, die Schädelverletzungen, die Verletzungen des Gesichts, der Augen, des Gehörorgans, des Halses und der Wirbelsäule, der Brust, des Bauches, die Unterleibsbrüche und die Verletzungen der Gliedmassen besprochen. Mit Ausnahme der Unterleibsbrüche ist diesen sämmtlichen Kapiteln eine Statistik der bisher ergangenen, auf den Gegenstand bezüglichen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts vorangestellt, zu welchem Zweck über 1000 Entscheidungen dieses höchsten Gerichtshofs in Unfallsachen nach Art der Verletzung, Höhe der Rente und Datum der Entscheidung herangezogen und verarbeitet sind.

Den zweiten Theil des Werks bildet die Invaliditätsversicherung, in dem gleichwie bei der Unfallversicherung, in einem ersten allgemeinen Theil zunächst die gesetzliche Organisation der Invaliditäts- und Altersversicherung, weiterhin die dauernde Erwerbsunfähigkeit und anderweitige in Betracht kommende Verhältnisse zur Besprechung gelangen, während in einem zweiten speziellen Theil 20 ausgewählte Beispiele aus der reichen Praxis des Verfassers auf diesem Gebiet die allgemeinen Ausführungen zu illustriren bestimmt sind.

Das Facit der kurzen Besprechung lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Werk die Aufgabe, die es sich gestellt hat, dem Arzt die Kenntniss der einschlägigen Bestimmungen der sozialpolitischen Gesetze nahe zu bringen und an der Hand derselben und der gesammelten Erfahrungen ihm bei

denjenigen Aufgaben behilflich zu sein, die die sozialen Gesetze heute an Jeden von ihnen stellen, voll und ganz erfüllt hat. Das Bedürfniss hierfür war um so dringender, als diese für den Arzt so wichtigen Verhältnisse in den Vorlesungen der klinischen Lehrer auf den Universitäten bisher nur ausnahmsweise Berücksichtigung gefunden haben. Je früher und je gründlicher die Aerzte sich mit diesen Fragen vertraut machen, um so besser werden sie nicht blos den Zielen der sozialpolitischen Gesetzgebung, sondern auch sich selber dienen.

Roth (Oppeln).

Pfeiffer, Dr. A., Verwaltungs-Hygiene. Ein Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege für Verwaltungsbeamte. — Berlin, 1895, J. J. Heine's Verlag.

Nach dem Vorwort ist dieses Handbuch zwar in erster Linie bestimmt den Verwaltungsbeamten, Richtern und Rechtsanwälten über die alltäglichen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege Auskunft zu geben und die Beurtheilung der Sachlage zu erleichtern, aber es bietet auch in seiner vorliegenden Ausdehnung und Anordnung gerade dem ärztlichen Sachverständigen eine sehr willkommene Handhabe, um sich über die ihm vorkommenden Gegenstände und die dabei in Betracht kommenden Bestimmungen zu orientiren. Der Hinweis des Verfassers auf die praktische Verwerthung der wissenschaftlichen Ergebnisse hygieinischer Forschungen für die sanitätspolizeilichen Verhältnisse macht das Buch auch für den ärztlichen Sachverständigen besonders werthvoll. — Im allgemeinen Theile bespricht Verfasser kurz und sachlich das Wesen der Infektionskrankheiten und die Desinfektion. Im speziellen Theile werden Luft, Boden und Wasser in ihren Beziehungen zur öffentlichen Gesundheitspflege, ferner die Anlage von privaten und öffentlichen Bauten, die Fürsorge für Beschaffung ärztlicher Hülfe, Leichenwesen, Abdeckereiwesen, sodann der Verkehr mit Nahrungs-, Genussmitteln und Gebrauchs-Gegenständen, Schutz in Gewerbebetrieben und Massregeln zur Bekämpfung ansteckender Geschlechtskrankheiten besprochen. Und im dritten „praktischen Theil" werden die Aufgaben der Sanitätspolizei behandelt, die nach dem Stande der hygieinischen Wissenschaft nothwendigen Massregeln zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten, die Massregeln zur Verhütung von Gesundheitsstörungen im Allgemeinen, die sanitätspolizeilichen Anforderungen an bauliche Anlagen aller Art, ferner das Leichenbestattungs- und Abdeckereiwesen, und endlich die Massregeln zur Beaufsichtigung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln, sowie Gebrauchsgegenständen.

Jedem Arzt, welcher in die Lage kommen kann, Privaten oder Behörden gegenüber sich gutachtlich äussern zu müssen über sanitäre Zustände des praktischen Lebens, — und welcher Arzt käme heute nicht in diese Lage! — bietet das vorliegende Buch in kurzer, klarer Darstellung Alles, was er für diesen Zweck braucht.

B.

Tagesgeschichte.

Aerztliche Obergutachter-Kollegien in Unfall-Versicherungsangelegenheiten in Bayern.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1895, No. 3. S. 139.)

I. Das königlich bayerische Staatsministerium des Innern hat unter dem 27. Juli 1894 nachfolgende Bekanntmachung, die Bildung ärztlicher Kollegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungs-Angelegenheiten betreffend, erlassen:

„Beim Vollzuge der Unfallversicherungsgesetze hat sich ergeben, dass in einzelnen Fällen eine der Sachlage entsprechende Entscheidung aus dem Grunde mit Schwierigkeiten verknüpft ist, weil die vorliegenden ärztlichen Zeugnisse und Gutachten, auf welche sich die Entscheidung stützen soll, nicht ausreichend erscheinen, oder sich widersprechen, beziehungsweise in einzelnen Punkten auseinandergehen.

Es hat sich hiernach das Bedürfniss fühlbar gemacht, ein Organ zu besitzen, das in solchen Fällen zur Erstattung eines Obergutachtens angegangen werden kann, und es erscheint deshalb die Errichtung von ärztlichen Sachverständigen-Kollegien, welche diesem Zwecke dienen, veranlasst.

Mit allerhöchster Ermächtigung werden nunmehr nach gutachtlicher Einvernahme des verstärkten Obermedizinal-Ausschusses, sowie des Landes-Versicherungsamts nachstehende Bestimmungen getroffen:

I. Bildung der Kollegien.

1. Vom 1. Januar 1895 an wird in jedem Regierungsbezirke am Sitze der Aerztekammer ein „ärztliches Kollegium in Unfallversicherungs-Angelegenheiten" errichtet.

2. Das Kollegium besteht aus drei Mitgliedern; dieselben wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

Für die Mitglieder werden sechs Ersatzmänner bestellt.

3. Die Funktion der Mitglieder und Ersatzmänner währt sechs Jahre und endet mit Ablauf dieser Zeit, mit Wegzug aus dem Bezirke der Aerztekammer oder mit Niederlegung der Funktion, worüber mindestens vier Wochen vorher an das Kollegium Anzeige zu erstatten ist.

Im Falle des Ausscheidens eines Mitgliedes rücken die Ersatzmänner nach ihrer Reihenfolge ein.

4. Die Wahl der Mitglieder des Kollegiums und ihrer Ersatzmänner vollzieht sich in folgender Weise:

Jede Aerztekammer wählt aus der Zahl der in ihrem Bezirke vorhandenen Aerzte zwölf zur Uebernahme der Funktion eines Mitgliedes des ärztlichen Kollegiums geeignete Aerzte aus und benennt dieselben in einer Vorschlagsliste, welche an das königliche Staatsministerium des Innern einzusenden ist.

Der verstärkte Obermedizinal-Ausschuss wählt aus dieser Vorschlagsliste die in das Kollegium zu berufenden Mitglieder und deren Ersatzmänner aus und bestimmt die Reihenfolge der letzteren.

5. Die Namen der Vorsitzenden der Kollegien werden durch das Amtsblatt des königlichen Staatsministeriums des Innern bekannt gegeben.

II. Wirkungskreis und Verfahren.

6. Die Inanspruchnahme der ärztlichen Kollegien soll nur in besonders wichtigen und zweifelhaft gelagerten Fällen erfolgen.

Die Inanspruchnahme der Kollegien ist dem Ermessen der Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden, sowie der Schiedsgerichte und des königlich bayerischen Landes-Versicherungsamts anheimgegeben.

7. Die Anträge auf Erstattung von Obergutachten sind unter Anfügung der erwachsenen Verhandlungen an jenes Kollegium zu richten, in dessen Bezirk der Rentenbewerber zur Zeit der Geltendmachung des Rentenanspruchs sich aufhält.

8. Der Vorsitzende bestellt einen Referenten und beraumt den Berathungstermin an.

Erachtet der Referent oder der Vorsitzende vorher eine körperliche Untersuchung des Rentenbewerbers für geboten, so ist dessen Vorladung zu veranlassen.

9. In besonders gearteten Fällen kann ein Spezialist, sowie der behandelnde Arzt beziehungsweise einer der behandelnden Aerzte zur Berathung beigezogen werden.

Die bezüglichen Anordnungen trifft der Vorsitzende nach vorherigem Benehmen mit den übrigen Mitgliedern des Kollegiums.

10. Das Gutachten ist auf Grund kollegialer Berathung abzugeben.

Die Berathung und Beschlussfassung erfolgt in Abwesenheit des Rentenbewerbers mit Stimmenmehrheit, wobei der zugezogene Spezialist stimmberechtigt ist.

Bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.

Das Gutachten ist schriftlich zu erstatten und mit Gründen zu versehen.

III. Kosten.

11. Die für Erstattung des Obergutachtens in Anrechnung zu bringenden Kosten sind in solche für Abgabe des Gutachtens, dann Kosten für Zeitversäumniss und Reiseauslagen auszuscheiden.

Soweit mehrere Fälle bei dem Berathungstermine zur Erledigung gelangen, sind hierbei die Kosten für Reiseauslagen und Zeitversäumniss angemessen auszuscheiden.

Die Liquidation der Kosten ist dem Gutachten beizufügen.

12. Die Entscheidung darüber, wer die Kosten des Obergutachtens zu tragen hat, erfolgt auf Grund der nach den Unfallversicherungsgesetzen beziehungsweise den hierzu erlassenen verordnungsmässigen Vorschriften massgebenden Bestimmungen.

Nach einer Mittheilung der königlich bayerischen Staatsregierung wird angenommen, dass von der laut dieser Bekanntmachung mit dem 1. Januar 1895 ins Leben tretenden neuen Einrichtung auch seitens des Reichs-Versicherungsamts und der ihm unterstellten Berufsgenossenschaften und nachgeordneten Schiedsgerichte gegebenenfalls Gebrauch gemacht werden wird.

Die Medizinalreform.

In der Sitzung des Preussischen Abgeordnetenhauses vom 4. März rügte bei der Berathung des Kultus-Etats der Abgeordnete Dr. Graf das Ausbleiben einer Reform des gänzlich veralteten preussischen Medizinalwesens. Der Vertreter der Regierung erklärte, dass man sich inmitten der Vorarbeiten für die Medizinalreform befände. Hierauf erinnerte Dr. Graf, dass er diese Versicherungen nun schon seit 19 Jahren höre! — Im Uebrigen forderte Graf die Trennung des Medizinalwesens vom Sanitätswesen, welches letztere dem Minister des Innern zu unterstellen sei. —

Mitwirkung der Aerzte bei der Unfall-Versicherung.

Nach dem „Aerztlichen Vereinsblatt" hat der Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes an den Bundesrath und Reichstag den Antrag gestellt, dass bei der bevorstehenden Novelle und Erweiterung des Unfallversicherungsgesetzes die begründeten Forderungen des ärztlichen Standes berücksichtigt werden, wie sie sich ausdrücken in den Beschlüssen des Aerztetages vom Jahre 1894, welche lauten, dass

1. in den Vorständen der Berufs- resp. Unfallversicherungs-Genossenschaften,
2. in den Sektionen,
3. im Reichsversicherungsamte (nicht auch in den Spruchabtheilungen desselben) ein Arzt Sitz und Stimme, sowie
4. in den Schiedsgerichten ein Arzt Sitz erhalten solle.

Nachweis von Pferdefleisch in Wurst.

Durch die Zeitungen geht folgender Bericht über eine interessante Gerichtsverhandlung:

Im April vorigen Jahres wurden auf dem Rixdorfer Wochenmakt bei sämmtlichen Schlächtern Wurstproben entnommen, um dieselben auf Pferdefleisch zu untersuchen. Gerichtschemiker Dr. Steltzer, der die Untersuchung vornahm, stellte fest, dass von 25 entnommenen Proben 17 mit Pferdefleisch durchsetzt waren. Gegen die Schlächter wurde Anklage erhoben, einige wurden bereits verurtheilt, die grösste Zahl der Prozesse schwebt noch in der Berufungsinstanz. Zu den Verurtheilten gehört auch der Schlächtermeister Albert Runge, welchen durch schöffengerichtliches Erkenntniss eine Geldstrafe von 100 Mark wegen Vergehens gegen das Nahrungsmittelgesetz traf. Er betheuerte seine Unschuld auch in der Berufungsinstanz. Sämmtliche Gesellen, die bei ihm gearbeitet, würden bezeugen, dass nie ein Stück Pferdefleisch bei ihm verarbeitet worden sei, und fremde Erzeugnisse führe er nicht. Der Vertheidiger, Rechtsanwalt Runge, focht in einem früheren Termine die Zuverlässigkeit des Dr. Steltzer'schen Gutachtens an. Ein anderer Schlächtermeister habe eine Wurst anfertigen lassen, die zur Hälfte aus Pferdefleisch bestand. Diese Wurst habe Dr. Steltzer untersucht und ein Attest darüber ausgestellt, wonach sie frei von Pferdefleisch sei. Der Gerichtshof beschloss, von der Thierärztlichen Hochschule ein Ober-Gutachten einzuholen. Dasselbe gelangte im gestrigen Termine vor der siebenten Strafkammer des Landgerichts I zur Verlesung und bedeutete eine wahre Hinrichtung für das Verfahren des Dr. Steltzer. Sein Verfahren zur Ermittelung von Pferdefleisch in Wurst sei ein rein empirisches und keineswegs zuverlässig. Es fehle jeder wissenschaftliche Anhalt dafür, dass die von ihm auf Grund der Ergebnisse seiner analytischen Untersuchung gezogenen Schlussfolgerungen richtig seien, seine mikroskopische Untersuchung sei ebenfalls unbrauchbar. Der Gerichtshof hob hierauf das erste Urtheil auf und sprach den Angeklagten frei. —

Dazu bemerkte die „Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene", 1894, Heft 11, dass der Kreischemiker vor Gericht begutachtete, das in Würsten enthaltene Pferdefleisch nehme nach vorausgegangener Entfettung eine dunkle, ins bläuliche spielende Färbung an; ferner ergebe eine mikroskopische Untersuchung, dass das Pferdefleisch weit stärkere Fasern besitze als Rind- und Schweinefleisch. — Diese beiden Annahmen seien aber haltlos. Zuverlässig sei lediglich der Nachweis des von Niebel im Pferdefleisch entdeckten Glycogens nach der Methode von Külz oder von Bräutigam und Edelmann.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. K. in B. Auf Ihre gef. *Anfrage*, ob es zulässig ist, dass eine Berufsgenossenschaft einen Unfall-Verletzten, welcher schon seit einem Jahre eine Rente von 50 Prozent wegen einer Handverletzung bezieht, auch jetzt noch in ein mediko-mechanisches Institut aufnehmen lässt, weil Sie glauben, dass eine Besserung der Beweglichkeit der Finger durch eine sachgemässe Behandlung daselbst erzielt werden könnte, die ergebenste *Antwort*, dass nach dem § 7 des Unf.-Vers.-Gesetzes v. 6. Juli 1884 die Berufsgenossenschaft allerdings das Recht dazu hat. Das Reichs-Versicherungsamt hat in einer Rek.-Entsch. 969 (Amtl. N. 1891, S. 211) ausgeführt, dass das Heilverfahren grundsätzlich solange als nicht abgeschlossen anzusehen ist, als noch Aussicht auf Besserung der Folgen eines Unfalls, insbesondere auf Zurückführung eines durch den Unfall verletzten Gliedes in einen dem normalen möglichst nahe kommenden Zustand besteht. Danach kann eine Krankenhausbehandlung auch nach längerer Zeit nach einem Unfall, nach Vernarbung der Wunden und nach Beseitigung der unmittelbaren Folgen der Verletzung noch angeordnet werden. Allerdings muss dazu eine gewisse Wahrscheinlichkeit des Erfolges einer Krankenhausbehandlung vorliegen, eine blosse, mehr oder minder entfernte Möglichkeit eines solchen Erfolges genügt nicht. Haben sich bereits früher einzelne Sachverständige dahin geäussert, dass sie das Leiden für unheilbar, den Zustand des Verletzten für abgeschlossen, eine Krankenhausbehandlung für aussichtslos hielten, dann kann eine abweichende Ansicht eines neu gehörten Arztes, der nun noch von einer Anstaltsbehandlung Erfolg verspricht, kaum als ausreichend erachtet werden, dass die Berufsgenossenschaft nur daraufhin noch von ihrem gesetzlichen Recht Gebrauch macht. B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann

Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 7. Ausgegeben am 1. April.

Wiederholte Simulation von Geisteskrankheit in der Untersuchungshaft.

Von

Professor Dr. **Strassmann**-Berlin.

Der am 29. September 1856 zu Neustadt-Eberswalde geborene Hermann Sch. ist zuerst 1873 wegen einer am 13. Januar d. J. versuchten Nothzucht, deren er im Wesentlichen geständig war, zu eineinhalb Jahren Gefängniss verurtheilt worden (Akten des Königlichen Kreisgerichts Neustadt Ac. III 38. 73). Während der Strafhaft versuchte er einmal zu entspringen, erhielt eine Disziplinarstrafe von acht Tagen bei Wasser und Brod (fol. 32). Nach seiner Entlassung scheint er zur See gegangen zu sein. Zurückgekehrt beging er am 16. Februar 1877 wieder ein Nothzuchtsverbrechen an einer erwachsenen Person und wurde deshalb zu fünf Jahren Zuchthaus verurtheilt, die er in Sonnenburg verbüsste (Akten des Königlichen Kneisgerichts Wriezen a. O., N. 151. 77). Am 28. Dezember 1882, also kurz nach seiner Entlassung, ist dann nochmals von ihm das gleiche Verbrechen versucht worden (Akten des Schwurgerichts Prenzlau, K. 11. 1883). Er leugnete, suchte sein Alibi nachzuweisen; bei seiner zweiten Vernehmung (fol. 8) bestritt er auch seine Vorstrafen, die er das erste Mal zugegeben hatte, wollte dies überhört haben, suchte sich für seinen Bruder auszugeben. Er machte alsbald einen Fluchtversuch, gab dem Beamten, der ihn daran verhinderte, seine Schuld zu, er litte öfters an solchen Krankheiten (fol. 13). Der Alibi-Beweis misslang. Ein zweiter Fluchtversuch am 16. Januar war erfolgreich, doch wurde er an demselben Tage noch wieder ergriffen. Seitdem hatte Sch. „mit Konsequenz Wahnsinn simulirt“. Zugleich aber schrieb er am 31. Januar einen Brief an seine Angehörigen, worin er allerdings sagt, sein Kopf sei wie ein Mühlrad, der aber sonst vollkommen ungeschwächte Intelligenz und ungetrübte Besonnenheit erkennen lässt. Am 2. Februar heisst es, er simuliert wieder Geistesschwäche, jedoch in einer „anderen Weise“, dann scheint er bei einem späterem Verhör resp. der Hauptverhandlung sich ganz normal gezeigt zu haben, gab nunmehr auch seine Personalien richtig an. Er wurde zu sechs Jahren Zuchthaus verurtheilt. Nach der Verurtheilung „stellte er sich krank“, liegt auf seinem Lager, krabbelt sich mit der rechten Hand auf der Brust und sagt: „zu Mutter“, macht ein blödsinniges Gesicht. Er wird für einen Simulanten erklärt und wieder nach Sonnenburg überführt, von wo er zunächst einen Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens anmeldete. Sonst ist über sein Verhalten dort nichts mitgetheilt; am 20. Februar 1889 ist er nach Küstrin entlassen worden. Er muss dann bald hierher übergesiedelt sein und sich verheirathet haben. Der Ehe entstammen zwei Kinder, von denen eins gestorben ist, eines lebt, jetzt zweieinhalb Jahr ist. Die Frau sagt, dass er manchmal aufgeregt war, auch einmal sich zu erhängen versucht hat, möglicherweise aber nur, um sie zu erschrecken. Er ernährte sich als Tabaksarbeiter.

Am 5. und 6. Dezember 1892 ist Sch. zu verschiedenen Frauen gekommen, hat sich dort als Abgesandter von Wohlthätigkeitsanstalten gerirt, und für die Vermittelung von Unterstützungen die Gewährung des Beischlafs verlangt, dabei auch einem 13jährigen Mädchen unter die Röcke gefasst und an den Geschlechtstheilen gespielt, er erschien hierbei den Beleidigten ganz vernünftig und nüchtern. Am 20. Februar war er wieder in demselben Hause, wurde daraufhin sistirt; auf der Polizei gab er über Personalien keine Auskunft, erklärte nur: „Es ist Alles mit dem Oberbürgermeister Z. abgemacht.“ Dem vernehmenden Kriminal-Kommissar machte sein Auftreten — er rollte mit den Augen und versuchte stets auf einen Punkt zu sehen — den Eindruck des Erkünstelten. Aehnlich verhielt er sich im richterlichen Termin, gab dieselbe unsinnige Antwort, starrte vor sich hin, unterbrach öfters den Richter, indem er laut und heftig sprach. Zu einem Zellengenossen hatte er an demselben Tage geäussert, er sei schwach im Kopf, in einer Viertelstunde hätte er Alles wieder vergessen; man würde ihn wohl wieder loslassen müssen, oder ins Lazareth, oder in gemeinschaftliche Haft bringen. Seine Frau erklärte, dass er am 20. Februar ganz vernünftig gewesen sei; bei der Konfrontation des Angeschuldigten mit ihr verstand er zwar alle ihre Fragen, äusserte aber im Uebrigen den gleichen Unsinn, wie in einem früheren Verhöre. Untersuchungsrichter und Gefängnissarzt halten ihn auf Grund ihrer Beobachtungen und der Angaben der Zellengenossen für nicht geisteskrank, sondern für einen Simulanten. Einer jener Saalgenossen, ein ehemaliger Mediziner, der sich mit seiner Beobachtung befässte, hat seine Wahrnehmungen genauer aufgezeichnet. Hiernach hat Sch. über seine Vorgeschichte ganz falsche Angaben gemacht, was sich daraus erklärt, dass er seine Vorstrafen

verschwieg, oder geradezu bestritt, und die so entstandenen wesentlichen Lücken seines Vorlebens durch freies Spiel der Phantasie ergänzen musste. Jedenfalls war er bemüht, sich als eine bedeutende Persönlichkeit darzustellen, die in der sozialdemokratischen Partei eine grosse Rolle gespielt hat. Ob und wie weit seine Angaben über seine politische Thätigkeit wahr sind, ist nicht festgestellt. In der ersten Zeit seines Aufenthaltes im Lazareth des Untersuchungsgefängnisses sprach er konfus, konnte die einfachsten Rechenexempel nicht lösen. Nach einer Woche betheiligte er sich dann plötzlich an den Gesprächen und äusserte sich speziell über politische Fragen vom sozialdemokratischen Standpunkt aus, mit grösster Sachkenntniss, Klarheit und Intelligenz; es war nunmehr nicht die geringste geistige Störung an ihm zu bemerken. Bei einer Besprechung über Simulation äusserte er sich: „Unter die Schädeldecke kann Keiner hineinschauen." Die ihm von dem betreffenden Beobachter vorgesprochenen, zur Prüfung von Sprachstörungen üblichen schwierigen Worte sprach er langsam, aber korrekt aus. Sein verschiedenes Verhalten gegenüber den Mitgefangenen einerseits, Richter, Arzt und Aufsehern andererseits wird besonders hervorgehoben.

Bei meinem ersten Besuch führte ich mich als vom Oberbürgermeister Z. zu ihm gesandt ein, worauf er erwiederte (nach einigem Besinnen), das sei doch nicht möglich, er hätte mich nie da gesehen. Als ich fragte, wann und was er mit dem Oberbürgermeister abgemacht hätte, meinte er, es wäre schon lange her, dass er da war, „der ganze Etatplan ist abgemacht, ich habe auch neulich einen gemacht, ich muss eine Rede halten, aber erst muss ich essen". Er gab an, Hermann Sch. zu heissen, am 22. September in Eberswalde geboren zu sein; das Jahr wusste er nicht, auch nicht wie alt er sei, „an der Tafel steht 37 Jahr". Die gegenwärtige Jahreszahl wisse er nicht, das habe ihn schon der Geheimrath gefragt. Als ich hierauf seine Fähigkeiten zur Entwerfung eines Etatplanes anzweifele, springt er auf, wie erregt, doch macht diese Erregung einen ganz künstlichen Eindruck. Drei mal drei sei neun, drei mal sieben gleich zwanzig. Wieviel Thaler und Silbergroschen sind zwanzig Mark? „Das können keine Thaler sein, sind doch Mark". Während ich schreibe, bemerkt er plötzlich: „Hören Sie es wohl, es läutet schon wieder, die Glocken", ohne dass er indess dabei, wie ein echter Halluzinant, lauschte. Er wüsste nicht, dass hier das Gefängniss ist, das hat ihm erst der Geheimrath gesagt; er würde verfolgt, weil er der Fahne treu und den Anderen zu bedeutend sei, darum hätte er erschossen werden sollen, auch wäre schon ein Stein auf ihn geworfen worden, man läutete die Glocken, damit er des Nachts nicht schlafen könne; wenn ihm Herr F. (anscheinend ein Mitgefangener) nicht Zucker gegeben hätte, wäre er schon vergiftet. Er sei seit sechs bis acht Jahren verheirathet, „meine kleine Tochter ist schon so gross — zeigt mit der Hand — und mein kleiner Sohn ist gestorben". Er behauptet ganz geistesgesund zu sein. Gefragt, ob er grossen Hunger hat, überlegt er erst, verneint dann. Von Prenzlau hat er erst jetzt wieder erfahren: „Der Herr auf der Polizei hat es mir erst wieder in mein Gedächtniss zurückgeführt."

Körperlich zeigt er gleiche, mittelweite, reagirende Pupillen und einen keineswegs blöden Gesichtsausdruck. Die Sprache ist geläufig. Beim Nachsprechen der dritten reitenden Artilleriebrigade kommt er nur bis „till", behauptet nicht weiter zu können. Pupillarreflex vorhanden; kein Schwanken bei geschlossenen Augen.

Mein zweiter Besuch fand am 1. April, also am Sonnabend vor Ostern statt. Sch. gab auf Fragen an, dass gestern Charfreitag gewesen sei, was morgen sei, wisse er nicht, auch nicht, was Charfreitag oder Ostern bedeutet, von Kreuzigung und Auferstehung erinnere er sich nicht, gehört zu haben. Sind Sie denn eingesegnet worden? „Eingesegnet, eingesegnet?" „Ja, was ist denn das?" „Wie sie mir haben das Wahlbuch angestellt", er sei so vergesslich, wäre es wohl immer gewesen, aber jetzt mehr als früher, zumal wenn er Reissen im Kopf hätte. Mich erkennt er wieder. Warum seine Mitgefangenen eingesperrt sind, habe er, obwohl sie es ihm mehrmals erzählt haben, vergessen, ebenso wüsste er nichts mehr von seinem Erhängungsversuch; er weiss nicht, wie viel Brüder er hat, ob er der jüngste ist? Die Vergesslichkeit sei aber gewiss Folge des Gefängnissaufenthaltes, wo er keine Zeitungen bekäme etc. Draussen würde es sich schon wieder machen und er seine grosse Rolle weiterspielen können. Er spricht dann wieder von der ihn verfolgenden Klique, es wäre ganz gut, dass er hier sässe, da könnten sie nicht herein. Dann behauptet er wieder, die Herren hier seien mit im Komplott, Nachts würde immer sein Name gerufen. Beim Einmaleins mit der sechs rechnet er bis achtzehn korrekt, vier mal sechs gleich dreiunzwanzig, fünf mal sechs weiss er nicht. Seinen Namen schreibt er so:



Aufgefordert zu lesen, bringt er nichts heraus.

Beim dritten Besuch am 8. April klagte er wieder über das fortwährende Rufen, sprach von seiner grossen Bedeutung, deklamirte die Arbeitermarseillaise. Ein Zwanzigmarkstück erklärte er für zehn Mark. Was Paris ist „wisse er augenblicklich nicht", was Italien ist (nach Besinnen): „Ja, die Italiener sind hier mit dem Leierkasten." Nach Wiederholung der Frage: „Es liegt am Rhein." Als ich ihm meine Uhr zeige, sagt er richtig, es ist einhalbzwei; als ich ihm den im Zimmer befindlichen Regulator zeige, behauptete er, derselbe hätte nur einen Zeiger, zeige sieben Uhr, wäre auch kein Regulator, sondern eine Schwarzwälder Uhr.

Häufig besinnt er sich, als überlegte er erst, was er antworten wollte. Wiederholt fallen Widersprüche auf, die er, zur Rede gestellt, einfach damit beantwortete, dass er sich der früheren Aeusserungen nicht mehr erinnern kann. Erwähnt sei von ihm noch Folgendes: Er hatte mir erzählt, dass er sich viel mit dem Zukunftsstaat beschäftige, als ich ihn fragte: „Wird der Zukunftsstaat so aussehen, wie es Eugen Richter gezeichnet hat?" meinte er: „Richter, das ist ja ein Maulheld, ein Quasselkopf, der kann nicht einmal Blechschmied im Zukunftsstaat werden." Und als ich sagte: „Man hält ihn doch für einen gescheidten Mann," antwortete er: „Ja, rechnen kann er gut."

Mein Gutachten führte aus, dass die Simulation zweifellos sei. Die Störungen der Sprache und Schrift, die Sch. zeigte, kommen nur dem paralytischen Blödsinn in vorgeschrittenem Stadium zu. Aber die Schreibart ist gar keine paralytische. Ebenso müsste der weitgehende Erinnerungsdefekt auch für die frühere Zeit auf vorgeschrittene Paralyse schliessen lassen. Der Annahme einer solchen widersprechen aber: das Fehlen ausgesprochener Lähmungserscheinungen und das gleichzeitige Bestehen des Bildes eines ausgebildeten systematischen Verfolgungs- und Grössenwahns; einer halluzinatorischen Verrücktheit. Sch. versieht es, wie viele Simulanten, dadurch, dass er Verrücktheit und Blödsinn in einer Weise kombinirt, die nicht wirklich vorkommt, dass er glaubte, Alles auf den Kopf stellen zu müssen (vergl. seine Aeusserungen über die Einsegnung, Uhr, Italien).

Ob neben der Simulation Geistesstörung besteht, ist, da

er mir gegenüber seine Rolle nicht aufgegeben hat, schwerer zu entscheiden. Es ist aber nicht anzunehmen, dass Sch. verrückt ist und den Blödsinn hinzusimulirt, weil die Verrücktkeit sich allmählich entwickelt und Sch. bis zum Tage der Verhaftung überall gesund erschien. Dass er etwa schwachsinnig ist, den Schwachsinn übertreibt und die Verrücktheit hinzusimulirt, machen die Beobachtungen seiner Mitgefangenen und auch einzelne recht intelligente Aeusserungen in unseren Gesprächen höchst unwahrscheinlich. Ich erklärte ihn deshalb für zurechnungsfähig.

Im Termin behauptete Sch., nicht hören zu können und blieb konsequent stumm. Er wurde zu zwei Jahren Zuchthaus verurtheilt, legte Revision ein, zog dieselbe aber alsbald zurück. Wenige Tage nach dem Termin suchte er einen Mitgefangenen zu bereden, anzuzeigen, er hätte ihn (Sch.) in einem epileptischen Anfall gefunden.

Ueber den Einfluss von Schwerhörigkeit auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Von

Dr. Teichmann-Berlin.

Die Aufgabe, welche dem Arzte durch die Arbeiterversicherungsgesetze zugefallen ist, über die Erwerbsfähigkeit eines Arbeiters sein sachverständiges Urtheil abzugeben, begegnet grossen Schwierigkeiten, sobald Erkrankungen im Gebiete der Sinnesapparate in Frage kommen, weil diese eine ganze Stufenleiter verschieden intensiver und extensiver Störungen entwickeln können. Der Schaden, welcher durch die Amputation eines Armes gesetzt ist, ist ungefähr der gleiche, ob die Amputation eine Hand breit höher oder tiefer am Humerus erfolgt ist, und ist auch zeitlich betrachtet eine konstante Grösse. Anders z. B. mit einer Sehstörung, die bis zu einem gewissen Grade ohne schädigenden Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit bleiben kann, oder vielleicht nur vorübergehend dieselbe herabsetzt. Hier ist es schwer, neben der immer nothwendigen Individualisirung allgemeine Regeln für die Beurtheilung aufzustellen; es ist aber in den letzten Jahren von verschiedenen Augenärzten mit mehr oder weniger Erfolg versucht worden, und nach der neuesten Arbeit von Magnus*) ist jeder mit der Untersuchung des Auges vertraute Arzt im Stande, den Einfluss einer Sehstörung auf die Erwerbsfähigkeit mit mathematischer Genauigkeit bis auf Bruchtheile eines Prozentes zu berechnen, freilich nicht ohne Hilfe der Logarithmentafeln.

Ganz im Argen aber liegen bisher die Bemühungen um allgemeine Grundsätze für die Beurtheilung von Hörstörungen in ihrem Einflusse auf die Erwerbsfähigkeit. In dieser Richtung ist mir ausser einer Publikation von Schwartz**), welche auch nur das Unfallversicherungs-Gesetz in den Kreis ihrer Betrachtungen zieht, nichts bekannt geworden. Auch das kasuistische Material ist recht spärlich: so finden sich bei Becker***) unter 1068 verwertheten Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamtes nur drei, welche das Gehörorgan betreffen. Es sind dies die drei einzigen Fälle, welche Becker unter 3110 Entscheidungen fand, wo Gehörstörungen, unkomplizirt durch andere Erkrankungen, Gegenstand der Rentenfestsetzung waren. Es wäre aber voreilig, daraus zu schliessen, dass in Wirklichkeit nur so selten durch Hörstörungen eine Einbusse an Erwerbsfähigkeit herbeigeführt werde. Wenn ich in Folgendem versuche, den Einfluss von Schwerhörigkeit auf die Erwerbsfähigkeit von allgemeineren Gesichtspunkten aus zu untersuchen, so erscheint es mir zweckmässig, wegen der Verschiedenheit der gesetzlichen Anforderungen und Bestimmungen die Besprechung nach den drei Versicherungsgesetzen zu gliedern.

Beim Krankenversicherungsgesetz kommt nur die Unterscheidung zwischen Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit in Frage. Schwierigkeiten werden hier nur in Fällen von Schwerhörigkeit mittleren Grades entstehen. An Taubheit grenzende doppelseitige Hörstörung macht für die Dauer derselben zweifellos arbeitsunfähig. Andererseits kann eine geringe Schwerhörigkeit auf einem Ohre, welche nur zur stärkeren Benutzung des gesunden zwingt, kaum jemals die Arbeitsfähigkeit in Frage stellen. Anders bei Schwerhörigkeit mittleren Grades, wobei es sich gewöhnlich um doppelseitige Erkrankung handeln wird, welche einen Ausgleich der Störung durch das besserhörende Ohr unmöglich macht. Hier wird die Entscheidung darin liegen, ob den gewöhnlichen Anforderungen der jeweiligen Beschäftigung an die Leistungsfähigkeit des Gehörs noch genügt werden kann, oder nicht. So wird beispielsweise ein im Telephonamt beschäftigter Beamter bei auch mässiger Schwerhörigkeit seine Thätigkeit einstellen müssen, sobald beide Ohren erkrankt sind. Andererseits wird ein Handarbeiter im Arbeitsraum selbst durch doppelseitige mässige Schwerhörigkeit kaum in seiner Arbeit behindert werden, so lange die nothwendige Verständigung mit anderen Arbeitern oder dem Meister durch besonders laute oder nahe am Ohre ausgeführte Sprache leicht ermöglicht werden kann. Hinwiederum wird ein Streckenarbeiter an der Bahn auch bei einseitiger mässiger Schwerhörigkeit arbeitsunfähig sein, denn er kann durch eine auf der Seite der Erkrankung herannahende Maschine gefährdet werden, ohne dass sein gesundes, dem Schalle abgewendetes Ohr ihn zu warnen vermöchte. Bei einem mässig schwerhörigen Maurer wird in Betracht kommen, ob er zur Zeit im geschlossenen Raume oder im Freien arbeitet, weil davon die Möglichkeit einer leichten sprachlichen Verständigung mit dem Meister und den anderen Arbeitern abhängt.

Was die Dauer einer durch Schwerhörigkeit entstandenen Arbeitsunfähigkeit betrifft, so wird sie im Allgemeinen mit der Dauer der Hörstörung selbst zusammenfallen. Eine Schonung über die Dauer der Störung hinaus, welche vielleicht längere Arbeitsunfähigkeit begründen könnte, kommt bei Hörstörungen, weil undurchführbar, nicht vor. Andererseits kann bei unverändert fortbestehender Schwerhörigkeit Arbeitsfähigkeit wieder eintreten in dem Momente, wo durch Aenderung der Beschäftigung oder besondere Vorkehrungen (Benutzung passender Hörrohre etc.) die bisher bestehende Unzulänglichkeit des Gehörs wieder aufgehoben wird.

Wenden wir uns nunmehr zu den Verhältnissen, welche bei Abschätzung der Erwerbsfähigkeit nach traumatischen Hörstörungen in Betracht kommen, so erscheint es zweckmässig, im Voraus zu betonen, dass Unfälle im Sinne des Versicherungsgesetzes wegen der geschützten Lage des Gehörorganes nur relativ selten die Ursache von Hörstörungen abgeben. In den meisten Fällen werden es Traumen sein, welche den Schädel treffen, besonders Frakturen des Schläfebeines, seltener starke Schalleindrücke, aber nur solche, welche den Charakter des Plötzlichen, Unerwarteten an sich tragen. So kann z. B. durch den schrillen Pfiff einer Dampfpfeife ein in der Nähe befindlicher Mensch taub werden. Ich weiss nicht, ob ein solcher Fall schon einmal zur Rentenbewerbung Veranlassung gegeben hat; dass er vorkommen kann, beweist das Beispiel des bekannten Liederkomponisten Robert Franz,

---

*) H. Magnus, Leitfaden für die Begutachtung und Berechnung von Unfallbeschädigungen der Augen. Breslau 1894.

**) Schwartz, Die Erwerbsverminderung, welche durch Verletzung der Gehörorgane herbeigeführt ist, im Sinne des Unfallgesetzes. Internat. Klin. Rundsch. 1894. No. 46/47.

***) L. Becker, Lehrbuch der ärztl. Sachverständigen-Thätigkeit. Berlin 1895. R. Schoetz.

welcher im Vorübergehen an einer Lokomotive durch den schrillen Klang der plötzlich ertönenden Dampfpfeife unheilbar ertaubte. Ich erinnere mich ferner eines Falles, welchen ich mit zu beobachten Gelegenheit hatte, wo ein Bahnwärter in Folge eines in seiner unmittelbaren Nähe einschlagenden Blitzes einseitig taub wurde. Hier war die Taubheit wohl mehr Theilerscheinung einer allgemeinen Schreckneurose. Dagegen möchte ich mich hier gegen den Versuch wenden, für die bekannte Hörschädigung der Blech- und Kesselschmiede den Begriff des „chronischen Unfalles" aufzustellen, wie dies letzthin wieder von Treitel*) geschehen ist. Nach der Auffassung des Gesetzgebers ist Unfall ein plötzliches, in verhältnissmässig kurzem Zeitraume sich abspielendes Ereigniss, nicht aber eine Kette von berufsgemäss immer sich wiederholenden Einzelschädigungen, welche erst nach längerer, zeitlich unbestimmbarer Summation zu einer wahrnehmbaren Schädigung führen. Die Taubheit der Kesselschmiede gehört vielmehr in die Klasse der Gewerbekrankheiten und begründet als solche vielleicht unter Umständen einen Anspruch auf Invalidenrente, aber niemals auf Unfallrente.

Ist somit der Kreis der traumatischen Hörstörungen im Sinne des Unfallgesetzes ein beschränkter, so verdient um so mehr eine Entscheidung des Reichs-Versicherungs-Amtes Beachtung, welche anerkennt, dass ein Schwerhöriger, welcher an den Folgen eines Unfalles leidet, durch sein schon vorher bestehendes Leiden in höherem Grade entschädigungsberechtigt wird. Ich führe diese Entscheidung nach Becker**) im Wortlaut an: „Ein Arbeiter, welcher bei einem Betriebsunfall einen Schenkelbruch erlitten hatte, behauptete, dabei auch ein mit Taubheit verbundenes Ohrenleiden davongetragen zu haben. — Nachdem die Beweisaufnahme ergeben hatte, dass das letztere Leiden in gleichem Umfange bereits vor jenem Unfall vorhanden gewesen war, hat das Reichs-Versicherungs-Amt unterm 21. Oktober 1889 dahin entschieden, dass eine Rente nur für die durch den Schenkelbruch herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit zu gewähren sei. Jedoch würde bei Bemessung des Grades dieser Erwerbsunfähigkeit das Ohrenleiden immerhin im Hinblick auf den Umstand in Berücksichtigung gezogen werden müssen, dass der damit behaftete Arbeiter die Folgen seiner anderen Verletzung schwerer empfinden werde, als ein sonst gesunder Arbeiter, da das ihm offen bleibende Feld der Erwerbsthätigkeit bei dem Zusammenwirken beider Schäden ein noch beschränkteres ist."

Damit kommen wir zur Abschätzung der Erwerbsfähigkeit unter dem beschränkenden Einfluss einer bestehenden Schwerhörigkeit bei Antrag auf Unfallrente. Schwartz***) schlägt hier eine Trennung vor zwischen der Herabsetzung der Hörweite an sich, des quantitativen Hörvermögens, und der Beeinträchtigung des binauralen Hörens, des qualitativen Hörvermögens. Diese Unterscheidung erscheint recht zweckmässig, um im einzelnen Falle den ganzen Umfang des Hörschadens festzustellen; ob es aber auch werthvoll ist, sie in dem schliesslichen Urtheil über die prozentuale Erwerbsfähigkeit zum Ausdruck zu bringen, muss erst die Erfahrung mit den Versicherungsinstanzen lehren. Schwartz geräth übrigens bei der Ausführung seines Vorschlages selbst in Widersprüche; er sagt: „Die Verminderung des quantitativen Hörens wird, selbst wenn sie in dem gänzlichen Verlust des Hörvermögens besteht, bei dem allergrössten Theil der Massenarbeiter für die Entwickelung der abstrakten Arbeitsfähigkeit ohne Bedeutung sein." Und fünfzehn Zeilen später: „Liegt beiderseitige Taubheit vor, und ist nur das quantitative Hörvermögen zu berücksichtigen, so würde ich bei totaler Taubheit, d. h. wenn laute Sprache direkt in die Ohrmuschel gesprochen, weder rechts noch links verstanden wird, auf Verlust von ein Drittel der Erwerbsfähigkeit erkennen, etc." Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass vollkommener Verlust des Hörvermögens stets einen Zustand herbeiführt, „welcher dem Verletzten die Entwickelung seiner unversehrt gebliebenen abstrakten Erwerbsfähigkeit erschwert", (Rekurs-Entscheidung des R. V. A. 1893/94, p. 97), also die Erwerbsfähigkeit herabsetzt. Den weiteren Ausführungen von Schwartz, dass bei doppelseitiger Schwerhörigkeit nur dann ein Verlust anzunehmen sei, wenn laute Sprache nicht weiter als 20 Meter verstanden wird, sowie seinen Abschätzungen des Erwerbsfähigkeitsverlustes bei verschiedener Hörweite zwischen 1 und 20 Meter kann man im Allgemeinen zustimmen, nur wird man im besonderen Falle berücksichtigen müssen, dass der gleiche Grad von Schwerhörigkeit in verschiedenen Berufsklassen ganz ungleiche Beschränkungen der Erwerbsfähigkeit bewirken kann. Ein Feldarbeiter, der auf beiden Ohren nur zehn Meter weit hört, wird keine Einbusse an seiner Erwerbsfähigkeit leiden, wohl aber ein gleich schwerhöriger Bauarbeiter. Ich weiss nun wohl, dass bei der Abschätzung nicht die bisherige Berufsarbeit allein massgebend sein soll, aber man wird doch, wie auch Becker*) ausführt, immer gewisse Kategorien des gesammten Arbeitsfeldes unterscheiden müssen der Art, dass eine Ueberführung des Rentenbewerbers aus seiner bisherigen in eine ganz andere Berufsklasse nicht wohl ermöglicht werden kann. Es ist nicht angängig, beispielsweise einem durch traumatischen Hörverlust erwerbsunfähig gewordenen Musikinstrumentenmacher die Rente zu verweigern oder zu kürzen mit dem Hinweise, dass er als Steinklopfer vielleicht noch Beschäftigung finden könne. Ich meine also, man dürfe die von Schwartz gefundenen Prozentsätze nur als Durchschnittswerthe gelten lassen, und als solche möchte ich sie hier anführen:

Hörweite (ev. des besser hörenden Ohres)	Erwerbsfähigkeitsverlust
bis 1 m	25%
von 1—5 m	$33\frac{1}{3} \times \frac{2}{3} = 22\%$
„ 5—10 m	$33\frac{1}{3} \times \frac{1}{3} = 11\%$
„ 10—20 m	$1\frac{1}{2} = 5\%$

Ueber die Schädigungen des qualitativen Hörens und ihren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit hat gerade Schwartz in seinem Montanbezirk Erfahrungen sammeln können. Er versteht darunter den Verlust der Fähigkeit, „mittels des Gehörs die Schallquelle zu lokalisiren, z. B. wo die sprechende Person steht, von welcher Seite her Rufe, Lautsignale jeder Art, das Geräusch rollender Räder u. s. w. herkommen. Erfahrungsgemäss verlegt man die Schallquelle nach derjenigen Seite, auf welcher man den Schall stärker gehört hat." Von welcher Bedeutung eine solche Schädigung in jedem Maschinenbetriebe ist, liegt auf der Hand.

Aber sie kommt auch für andere minder gefährliche Berufsarten in Betracht, insofern sie geeignet ist, den Verletzten „in der Benutzung der Arbeitsgelegenheiten zu beschränken, welche sich ihm nach seinen gesammten Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Gebiete darbieten." (Rekurs-Entscheid. des R. V. A. vom 26. November 1887.) Ein Mensch, welcher wegen seines schlechten Gehörs nicht im Stande ist, sich prompt über Schalleindrücke im Raume zu orientiren, wird eben wegen dieses Fehlers weniger und seltener Arbeitsgelegenheit finden, als ein normalhöriger.

*) Treitel, Mediz. Reform. 1894.

**) Becker, l. c. S. 39.

***) l. c.

*) Becker, l. c. S. 32.

Wann soll man nun eine derartige Störung des qualitativen Hörens annehmen? Nach Schwartz dann, wenn das Hörvermögen für Flüstersprache verloren gegangen ist; nach ihm „wird man sich auf diesen quantitativen Mindestverlust beschränken müssen, da es sich in jedem Getriebe um die Wahrnehmung starker Schalleindrücke handelt". Das mag vorläufig vielleicht noch zutreffen, wenn aber, wie zu erwarten, auch noch das Handelsgewerbe, das Handwerk und andere Berufsarten in den Kreis der Unfallversicherung hineinbezogen werden, dann wird man diese Grenze kaum festhalten können, zumal das Gehör für Flüsterstimme nicht immer einen Massstab giebt zur Beurtheilung des Hörvermögens für die Umgangssprache. Auch hier wird man nach dem besonderen Falle sein Urtheil abgeben müssen.

Was nun die Dauer der Erwerbsbeschränkung durch traumatische Hörbeschädigung anbelangt, so ist zu berücksichtigen, dass derartige Beschädigungen, welche ja vorzugsweise auf Veränderungen im Bereich des Hörnerven beruhen, meist irreparabel sind, wenn sie nicht in den ersten sechs bis acht Wochen unter geeigneter Behandlung zurückgehen. Diese Zeit fällt aber noch in die Karenzzeit der Unfallversicherung; folglich wird ein einmal anerkannter Erwerbsfähigkeitsverlust gewöhnlich auch ein dauernder sein. Eine Ausnahme könnte bei denjenigen Hörstörungen eintreten, welche, an sich nicht traumatischen Ursprunges, nach der oben citirten Entscheidung des R. V. A. nur bei der Abschätzung der Folgen eines anders gearteten Unfalles mitsprechen sollen. Wenn dieselben zur Heilung gelangen, so würde damit eine nachträgliche Herabsetzung der Rente eventuell in Frage kommen.

Wenden wir uns schliesslich zur Invaliditäts-Versicherung, so liegen hier die Verhältnisse dank den Bestimmungen des Gesetzes wesentlich einfacher, aber leider, das muss betont werden, für die Versicherten um so ungünstiger. Hochgradige, an Taubheit grenzende, unheilbare und nicht durch Hörrohre kompensirbare Schwerhörigkeit wird freilich als Grund für vollständige Erwerbsunfähigkeit anerkannt werden müssen, aber dieselbe kommt als Folge eines nicht gerade traumatischen Leidens bei Personen versicherungspflichtigen Alters relativ selten vor. Schwerhörigkeit mittleren Grades aber wird an und für sich kaum jemals vollkommene Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes begründen, d. h. die Unfähigkeit, ein Drittel des ortsüblichen Tagelohnes durch Lohnarbeit zu verdienen. Der Bewerber wird immer auf die bekannten Portiers-, Wächter-, Schreiber- und Botendienste verwiesen werden, zu welchen er noch fähig ist. Hierin liegt die Härte der Gesetzes, welches nicht, wie das Unfallgesetz, die Einbusse an Erwerbsfähigkeit durch Beschränkung des Arbeitsfeldes gelten lässt und überhaupt nur vollkommene Erwerbsunfähigkeit entschädigt. Thatsächlich wird eine schwerhörig gewordene Person bei dem stets grossen Angebot von Arbeitskräften aber wegen dieses Leidens selbst zu oben erwähnten Dienstleistungen selten herangezogen werden.

Nur in Fällen, wo schon andere die Erwerbsfähigkeit beschränkende Gebrechen bestehen, könnte hinzukommende Schwerhörigkeit mittleren Grades zuweilen die Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit des Individuums zu vollkommener Erwerbsunfähigkeit steigern. Hier käme nun viel auf die Dauer der Schwerhörigkeit an; meist wird es sich wohl um ältere Leute handeln, welche schon an sonstigen Altersgebrechen leiden, und hier ist die Schwerhörigkeit fast immer eine fortschreitende, jedenfalls eine irreparable, mithin die dadurch begründete Erwerbsunfähigkeit eine dauernde im Sinne des Gesetzes. Aber es können auch Ausnahmen vorkommen, ich denke z. B. Coruminalpfröpfe, und solche werden natürlich einer sachverständigen Untersuchung nicht entgehen dürfen. Es sind auch Fälle denkbar, wo eine durch Schwerhörigkeit mitbegründete Erwerbsunfähigkeit den Charakter einer zeitigen, aber ununterbrochenen trägt, z. B. bei Ohreneiterungen, welche so langwierig sind, dass sie den Versicherten länger als ein Jahr erwerbsunfähig machen, indessen immer noch die Möglichkeit einer Heilung und damit eintretender Hörverbesserung offen lassen. Die Feststellung des Zeitpunktes, zu welchem eine solche ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit zu einer dauernden im Sinne des Gesetzes wird, d. h. zu einer solchen, deren Beseitigung in absehbarer Zeit nach menschlichem Ermessen nicht zu erwarten ist, erfolgt nach den auch sonst giltigen Gesichtspunkten: Erschöpfung aller gegen das spezielle Ohrenleiden gebräuchlichen therapeutischen Massnahmen, Erfolglosigkeit einer zur Heilung unternommenen Operation etc. In Fällen, wo hinzutretende Schwerhörigkeit schliesslich die volle Erwerbsunfähigkeit herbeiführt, wird das in den „ersten Attesten" der Versicherungs-Anstalten oft geforderte Datum des Beginnes der Erwerbsunfähigkeit bei dem häufig schleichenden Charakter der in Frage kommenden Ohrenerkrankungen schwer festzustellen sein. Hat der Rentenbewerber bis dahin noch irgend eine Lohnarbeit verrichtet, so wird man im Allgemeinen nicht fehlgehen, wenn man den Tag der Entlassung aus der Arbeit wegen zunehmender Schwerhörigkeit als Beginn der vollkommenen Erwerbsunfähigkeit bezeichnet. Man wird auch hier die Verhältnisse des einzelnen Falles auf das Eingehendste berücksichtigen müssen, um ein werthvolles Gutachten zu erstatten.

Gutachten über einen simulirenden Unfallverletzten.

Von

Sanitätsrath Dr. L. Becker.

Auf Veranlassung des Schiedsgerichts für Unfallsachen untersuchte ich heute zur Feststellung seiner Erwerbsfähigkeit den Müller W. B., geb. den 18. Februar 1839.

Derselbe giebt in Uebereinstimmung mit den Akten an, dass er am 8. Mai 1894 durch Hineinfassen in das Kammrad der Mühle eine Verletzung des Ring- und Mittelfingers der linken Hand und eine Verstauchung der linken Schulter erlitten habe. Er ist dann von Dr. L. in G. ärztlich behandelt worden. Vom 17. September bis 2. November 1894 ist er in der Heilanstalt zu N. gewesen. Danach ist ihm die Rente entzogen worden. Hiergegen hat er Berufung an das Schiedsgericht eingereicht und giebt an, in seiner Arbeit noch behindert zu sein, denn er könne mit der linken Hand nicht arbeiten, weil er dann alsbald Schmerzen in der linken Schulter und in der linken Brustseite bekäme; er hätte daher die lohnende Müllerei aufgeben müssen und bewirthschafte jetzt ein kleines Vorwerk. —

Bei der Untersuchung zeigt sich der p. B. sehr redselig, jedoch sind seine Antworten zögernd und unbestimmt. Bei den Gestikulationen, die er dazu macht, bewegt er auch seinen linken Arm und seine linke Schulter. Auf der Kuppe und an der Kleinfingerseite des linken Ringfingers bemerkt man eine kleine Narbe, welche mit den darunterliegenden Theilen verwachsen aber weiss und ohne irgend welchen Entzündungshof ist. Beim ersten Anfühlen dieser Narbe äussert B. einen intensiven Schmerz, nachher und wenn man seine Aufmerksamkeit ablenkt, kann man die Narbe drücken, ohne dass er Schmerz äussert. B. kann alle Finger der linken Hand, auch diesen Ringfinger, gut bis zur Handfläche krümmen, die Hand schliessen und einen festen Druck mit derselben ausüben. — Am linken Unterarm, Oberarm und auch an der linken Schulter ist äusserlich keinerlei Fehler oder Schaden sichtbar. Die Umfangsmaasse sind um den Oberarm an der Schulter links 33 — rechts 33, am Oberarm in gestrecktem Zustande rechts 25,

gebeugt 28,5, am Oberarm in gestrecktem Zustande links 24, gebeugt 28, der grösste Umfang des Unterarmes beträgt links 25, rechts 26. — Diese Zahlen ergeben, dass keine grössere Differenz im Umfange des linken Arms gegen den rechten vorhanden ist, als sie normalerweise bei jedem Menschen zutrifft. — Die Bewegungen des Hand- und Ellenbogengelenks sind völlig frei; die Bewegungen im linken Schultergelenk sind ebenfalls frei, der p. B. äussert aber ebenso wie beim Befühlen der Narbe am linken Ringfinger bei Bewegung des Arms in der Schulter einen intensiven Schmerz, den er aber ebenfalls wieder nicht mehr äussert, wenn man die Bewegungen fortsetzt und seine Aufmerksamkeit ablenkt. Irgend welcher Schwund an der Schulter- oder Nackenmuskulatur ist nicht vorhanden, auch keine Veränderung der Gelenktheile, ebenso keine nachweisbare Gefühlsstörung. — Die weitere Untersuchung des p. B. ergiebt bei demselben wohl einen schmächtigen Körperbau und einen wenig guten Ernährungszustand, aber keinerlei nachweisbar vorhandene Krankheitszustände, weder seitens der inneren Organe der Brust und des Unterleibes, noch auch seitens des Nervensystems.

Danach bleiben also als für die Erwerbsfähigkeit des p. B. in Betracht kommende Krankheitssymptome

1. die kleine Narbe an der Spitze des Ringfingers der linken Hand und

2. die geklagten heftigen Schmerzen in der linken Schulter.

Die kleine Narbe am linken Ringfinger behindert die Gebrauchsfähigkeit der Hand in keiner Weise. In Bezug auf die geklagten Schmerzen in der linken Schulter muss zugegeben werden, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass dieselben in der That bestehen, denn ähnliche Affektionen sind auch anderweitig bei unverdächtigen Personen beobachtet worden. Andererseits spricht aber Vieles gegen das Bestehen derselben bei diesem Untersuchten. Zunächst sein eigenthümliches Verhalten in der Aeusserung der Schmerzen sowohl beim Berühren der kleinen Narbe am Finger als auch beim Bewegen des Arms in der Schulter; anfangs äussert er fürchterliche Schmerzen, und — wenn seine Aufmerksamkeit abgelenkt wird — spricht er dabei redselig von anderen Dingen. Ferner sprechen gegen das Bestehen der Schmerzen die Bewegungen des Arms bei den Gestikulationen, mit denen er seine Reden begleitet. Und endlich spricht sehr gegen das Bestehen dieser Schmerzen der Umstand, dass das Leiden nunmehr, zehn Monate nach dem Unfall, noch zu keinem bemerkbaren Schwund der Schulter-Muskulatur, wie er in ähnlichen Fällen in diesem Zeitraume einzutreten pflegt, geführt hat.

Aus den angeführten Gründen bin ich nach der Untersuchung des p. B. zu der Ueberzeugung gelangt, dass die angegebenen Schmerzen nicht in dem Grade bestehen, wie er sie äussert, und dass überhaupt kein Grund vorliegt, dass derselbe noch durch die Folgen seines Unfalls in nennenswerther Weise in seiner Erwerbsfähigkeit behindert wird.

Dieses bescheinige ich pflichtgemäss mit der Versicherung, dass ich die Angaben des B. wahrheitsgetreu wiedergegeben und mein Urtheil nach bestem Wissen abgegeben habe.

Berlin, im Februar 1895.

Auf dieses Gutachten hin wies das Schiedsgericht die Berufung des B. ab. —

Referate.

Die Krankenhausbehandlung nach den Unfallversicherungsgesetzen.

Von Dr. Kries, Geh. Reg.-Rath im Reichs-Versicherungsamt.

(Sonderabdruck aus der „Berufsgenossenschaft", Berlin, Carl Heymann, 1894.

Unser geschätzter Herr Mitarbeiter hat in der vorigen Nummer dieser Zeitung auf diese seine Abhandlung verwiesen; er giebt darin eine kurze, übersichtliche Darstellung über die rechtliche Bedeutung der Krankenhausbehandlung im Sinne der Unfallversicherungs-Gesetzgebung, deren Voraussetzungen und die Folgen ihrer Ablehnung seitens des Verletzten. Nach § 7 des Unfall-Versicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 haben die Berufsgenossenschaften das Recht, an Stelle der Rente bis zum vollendeten Heilverfahren freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren. Von diesem Rechte können die Berufsgenossenschaften unter folgenden Voraussetzungen Gebrauch machen:

1. Das Heilverfahren muss noch nicht beendet sein; dazu hat das R.V.A. entschieden, dass das Heilverfahren grundsätzlich so lange nicht als abgeschlossen anzusehen ist, als noch Aussicht auf Besserung der Folgen eines Unfalls, insbesondere auf Zurückführung eines durch den Unfall verletzten Gliedes in einen dem normalen möglichst nahe kommenden Zustand besteht.
2. Andererseits darf die Berufsgenossenschaft von diesem Rechte nur Gebrauch machen, wenn eine gewisse Wahrscheinlichkeit des Erfolges einer Krankenhausbehandlung vorliegt. Auf die unbestimmt hingestellte Möglichkeit eines Erfolges, worauf ein Arzt hinweist, nachdem schon andere Aerzte den Zustand für dauernd begutachtet, kann ein Renten-Empfänger nicht gezwungen werden, nach längerer Zeit noch ins Krankenhaus zu gehen.
3. Bei Verheiratheten darf die Berufsgenossenschaft von ihrem Rechte nur Gebrauch machen, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann.
4. Die Berufsgenossenschaften müssen hierbei auf die persönlichen Verhältnisse der Verletzten billige Rücksicht nehmen; es darf denselben durch sofortige Entfernung aus ihrem Beruf in Bezug auf letzteren kein unverhältnissmässiger Nachtheil erwachsen.

Für die Ausübung dieses Rechtes muss ferner die Berufsgenossenschaft ein bestimmtes formelles Verfahren beobachten; sie muss dem Verletzten einen formellen, berufungsfähigen Bescheid zugehen lassen, aus welchem deutlich hervorgeht, welchen Folgen sich der Verletzte aussetzt, wenn er der Anordnung der Berufsgenossenschaft nicht nachkommt.

Entspricht der Verletzte dem Verlangen der Berufsgenossenschaft, so tritt an die Stelle der Rente freie Kur und Verpflegung im Krankenhause für den Verletzten und eine bestimmte Zahlung an die Angehörigen; im Uebrigen ist der frühere Rechtszustand insbesondere in Bezug auf die Höhe der Rente beseitigt, und wenn auch nach Aufhören der Krankenhausbehandlung in der Regel von der früheren Entschädigung ausgegangen werden wird, so muss doch der Grad der Erwerbsunfähigkeit nunmehr stets von neuem und selbstständig geprüft werden.

Verweigert ein Verletzter ohne Grund den Eintritt in ein Krankenhaus, so verliert er jeden Rentenanspruch für eine gewisse Zeit, und die Berufsgenossenschaft ist berechtigt, den für sie günstigsten Schluss zu machen (auf Grund eines ärztlichen Gutachtens), wie hoch der Erfolg der ihrerseits beabsichtigten Krankenhausbehandlung gewesen wäre. Dasselbe findet statt, wenn der Verletzte zwar zunächst der Anordnung Folge leistet, jedoch vor dem ordnungsmässigen Abschluss der Behandlung eigenmächtig und unbefugt die Anstalt verlässt, oder durch sein unbotmässiges oder störendes Verhalten seine Entfernung aus derselben herbeiführt. Eine Operation darf aber der Verletzte ablehnen.

Wünscht ein Verletzter Krankenhausbehandlung, während die Berufsgenossenschaft sie nicht gewähren will, so kann der

Verletzte nur durch eine Beschwerde ein Einschreiten des R.V.A.'s im Aufsichtswege zu erwirken suchen.

Endlich bespricht Verfasser noch einige besondere Arten der Krankenhausbehandlung und deren rechtliche Beurtheilung. Hiervon ist besonders der Fall von Wichtigkeit für die ärztliche Begutachtung, dass eine Krankenhausbehandlung nicht zum Zweck der Heilung, sondern behufs Beobachtung des Verletzten und Feststellung seines Zustandes verlangt wird. In diesem Falle hat die Berufsgenossenschaft ausser der Rente die gesammten Kosten der Krankenhausbehandlung (nicht als Kosten des Heilverfahrens, sondern als Kosten des Feststellungsverfahrens, der Beweisaufnahme) zu tragen, auch wenn eine solche Aufnahme seitens des Schiedsgerichts angeordnet wird. Nur wenn diese Aufnahme zwecks Beweisaufnahme seitens des R.V.A.'s veranlasst wird, fallen die Kosten dem Reiche zur Last.

Die Kenntniss der in dieser Abhandlung erörterten Verhältnisse ist für die Praxis des begutachtenden Arztes bei der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung sehr erspriesslich. B.

Tod durch Verletzung oder Alkoholmissbrauch!

Von Dr. H. Kornfeldt-Grottkau.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1895, No. 3.)

Verfasser schickt seinem Bericht über diesen sehr interessanten gerichtsärztlichen Fall einige Bemerkungen voraus, die sehr erwähnenswerth sind. Er meint, das Ansehen der ärztlichen Sachverständigen in den Augen des Gerichts würde nicht durch den Mangel an Vertrauen in unsere — wenn auch in ihren Fundamenten des Ausbaues noch sehr bedürftige — herrliche Wissenschaft herabgesetzt, sondern durch die Darlegungen der sich bekämpfenden Aerzte über die geringe Sicherheit der Ergebnisse der gerichtlichen Medizin. In den vereinigten Staaten von Amerika wird dieser Zustand für so ernst gehalten, dass ein hervorragendes Mitglied des Richterstandes dringend gerathen hat: „Es sollen alle in einer Sache vorgeladenen ärztliche Sachverständige vor der Verhandlung zusammentreten und versuchen zu einer gemeinsamen Schlussfolgerung zu gelangen". Angeblich geschehe dieses auch in England auf Grund der in den ärztlichen Gesellschaften getroffenen Vereinbarungen. — Der Fall war folgender: Ein kräftiger Mann von 50 Jahren erleidet eine ungewöhnlich starke Misshandlung; er wird mit einem Riemen durchgeprügelt, auch heftig geschüttelt; er wird mit dem Kopf aufgeschlagen, und ihm ist auf die Brust gekniet worden. Der Effekt davon war: Schwellungen und Blutunterlaufungen der linken Kopfhälfte, des linken Ohrs, der linken Gesichtsseite; der ganze linke Arm war vollständig blau verfärbt. Der behandelnde Arzt berichtete, dass neun Tage nach der Verletzung die Schwellungen und Verfärbungen fast gänzlich verschwunden waren, dass der Verletzte aber während seines Krankenlagers durchschnittlich pro Tag zwei Liter Schnaps getrunken habe. Es ist kein Delirium eingetreten, aber der behandelnde Arzt traf ihn dann am zwanzigsten Tage nach der Verletzung komatös und der Tod erfolgte am Tage darauf. Die Sektion ergab: Sehr starken allgemeinen Fettreichthum, Fettleber, schiefergraue Verfärbung der Magenschleimhaut, starkes Fettpolster auf dem Herzen und Erweiterung desselben. Diese Veränderungen bewiesen, dass der Verstorbene ein Säufer war und dass der Alkohol bereits Veränderungen in seiner Körperkonstitution hervorgebracht hatte, aber keine, welche gerade als Todesursache anzusehen gewesen wären. Der Verfasser gab also sein Gutachten dahin ab, dass der Verletzte ohne die durch Alkohol gesetzten Veränderungen seines Organismus den ihm beigebrachten Verletzungen nicht erlegen wäre; dass diese soweit aus der Sektion und dem vorhandenen Material über den Krankheitsverlauf ein Schluss gerechtfertigt ist, den Anlass gegeben eine vorhandene Herzschwäche in der schwersten Weise zu steigern und so mittelbar den Tod durch Erschöpfung (Herzlähmung) herbeizuführen. Unter der gedachten Voraussetzung seien die Verletzungen daher als zu dem Tode im Verhältniss von Ursache und Wirkung stehend zu erachten. — Dem gegenüber nahm der andere Sachverständige als Todesursache Abusus spirituosorum an, und begründete diese Ansicht damit, dass der ganze Krankheitsverlauf auf Tod in Folge übermässigen Schnapsgenusses, nicht aber durch Misshandlung hinweise, ferner, dass die inneren Organe bei der Sektion Veränderungen in Folge übermässigen Schnapsgenusses aufgewiesen, aber keinen Anhalt dafür ergeben hätten, dass der Tod etwa in Folge der vorangegangenen Misshandlung eingetreten sei. Durch diese Ausführung und Betonen der schlechten Nahrungsaufnahme in der letzten Zeit gelang es dem Gegensachverständigen die Schlussfolgerungen des Verfassers vor dem Schwurgericht zu erschüttern, sodass nur schwere Misshandlung angenommen und auf ein Jahr Gefängniss erkannt wurde. —

Arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus und deren Verhütung.

Von Professor Dr. C. Binz.

(Berliner Klin. Wochenschrift 1895, No. 3.)

Verfasser berichtet, dass er in der Kommission zur Bearbeitung des Arzneibuches in der Tagung vom Oktober 1893 in Uebereinstimmung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt den Beschluss veranlasst hat, dass den Worten, welche der Tabelle A (stark wirkende Arzneimittel) vorgesetzt sind, nämlich: „Der Apotheker darf eine Arznei zum innerlichen Gebrauche, welche eines der untenstehenden Mittel in grösserer als der hier bezeichneten Gabe enthält, nur dann abgeben, wenn die grössere Gabe durch ein Ausrufungszeichen (!) seitens des Arztes besonders hervorgehoben ist" vom 1. April 1895 noch folgender Satz hinzugefügt wird: „Dies gilt auch für die Verordnung eines der genannten Mittel in Form des Klystiers oder des Suppositoriums." Verfasser glaubt, dass es vielen Aerzten unbekannt sei, oder dass es ihnen in Vergessenheit gerathen, dass die Schleimhaut des Mastdarms wohl resorbirt, wenn gelöste Körper einige Zeit auf ihr verweilen. Er führt dann mehrere Fälle auf, in denen diese Unkenntniss grosses Unheil angerichtet hat. Die Resorption von der Scheide aus mag langsamer sein als vom Mastdarm, aber immerhin findet sie statt, und bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Fiebernden ist dies Resorptions-Vermögen gesteigert. Für die Einspritzungen stark wirkender Mittel in die Harnblase, die Gebärmutter und in andere natürliche oder künstliche Höhlungen dürfte dieselbe Vorsicht anzuwenden sein.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Entscheidung des R.-V.-A.'s vom 8. Januar 1894.

Ansteckung im Krankenhause als mittelbare Folge eines Betriebsunfalls.

Der Bergmann Wilh. D. erlitt am 16. Juni 1893 auf Zeche Zollern einen Bruch des linken Unterschenkels und wurde wegen dieser Verletzung in dem Krankenhause zu Kirchlinde untergebracht. Während seines Aufenthaltes daselbst erkrankte er an Kopfrose und zwar in einem so heftigen Grade, dass seine vollständige Erblindung als Folge dieser Erkrankung zurückblieb. Mit Beginn der vierzehnten Woche wurde seitens der Knappschafts-Berufsgenossenschaft dem D. die Rente halber Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, indem auf Grund der vorliegenden ärztlichen Gutachten angenommen wurde, dass D. in dieser Höhe noch durch die Folgen des Beinbruchs in seiner Erwerbs-

fähigkeit beeinträchtigt sei. Für die durch die Erblindung bedingte völlige Arbeitsunfähigkeit aufzukommen, lehnte die Berufsgenossenschaft ab, da zwischen dieser Erkrankung und dem erlittenen Betriebsunfalle kein ursächlicher Zusammenhang bestehe.

Auf die Berufung des Verletzten erkannte das Schiedsgericht auf Zubilligung der Vollrente mit folgender Begründung:

Das Gericht erachtet auf Grund der vorliegenden ärztlichen Gutachten für ausreichend wahrscheinlich gemacht, dass die Infektion des Klägers durch Erysipelasbakterien während seines Aufenthaltes im Krankenhause zu Kirchlinde stattgefunden hat, und dass ferner D. nicht an der Kopfrose erkrankt und nicht erblindet sein würde, wenn nicht sein Zustand infolge des Betriebsunfalles die Unterbringung im Krankenhause erfordert hätte. Unter dieser Voraussetzung ist aber die Erblindnng des Klägers als eine mittelbare Folge des Betriebsunfalles vom 16. Juni 1893 zu betrachten. Alle Schädigungen der Gesundheit, für deren Entstehung die vorhandene Verletzung an sich oder die durch sie bedingten äusseren Umstände ein allgemein begünstigendes Moment gebildet haben, liegen innerhalb der durch den Unfall in Bewegung gesetzten Kausalreihe und müssen deshalb als mittelbar durch den Unfall verursacht angesehen werden. Es kann nicht zugegeben werden, dass der Aufenthalt eines Verletzten im Krankenhause nur als der äussere Anlass seiner Ansteckung zu gelten habe und dass es an einem ursächlichen Zusammenhange der letzteren mit dem Betriebsunfalle im Sinne der Unfallversicherung mangele. Wird ein Verletzter infolge der durch Betriebsunfall hervorgerufenen Körperschädigung in einem Krankenhause untergebracht, also in eine Lage und Umgebung versetzt, der er sich mit Rücksicht auf seinen Zustand und vielfach sogar, ohne seinen Entschädigungsanspruch zu verlieren, gar nicht entziehen kann, so ist die Realisirung etwaiger weiterer Gefahren für seine Gesundheit, die ihm aus dieser durch den Betriebsunfall verursachten Zwangslage erwachsen, ebenfalls mit auf Rechnung des Betriebsunfalles zu setzen, zumal der Verletzte durch den Aufenthalt im Krankenhause der Gefahr einer Ansteckung offenbar in besonderem Masse, jedenfalls aber in einem höheren Grade als unter den Verhältnissen des gewöhnlichen Lebens ausgesetzt ist.

Die Revision der Berufsgenossenschaft wurde zurückgewiesen. Gründe:

Der ursächliche Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall und der Verletzung beziehungsweise dem Tode eines Versicherten ist nicht nur dann gegeben, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache der Körperbeschädigung ist, diese also aus den unmittelbaren Folgen des Unfalls nach der Körperbeschaffenheit des Verletzten sich von selbst entwickelt, sondern auch dann, wenn die Körperbeschädigung nur eine mittelbare Folge des Unfalls ist, sei es in der Weise, dass dieselbe ihren Grund hat in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Masse begünstigt worden ist, oder in der Weise, dass die Körperbeschädigung durch besondere, äusserlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebnis wesentlich mitbestimmenden Masse ausgesetzt worden ist.

Im vorliegenden Falle steht nun allerdings fest, dass der Kläger durch den von ihm erlittenen Unfall und dessen unmittelbare Folgen an sich der Gefahr, an Kopfrose zu erkranken, keineswegs in erhöhtem Masse ausgesetzt worden ist. Ebenso ist es als ausgeschlossen zu erachten, dass die Erblindung des Klägers auf den Betriebsunfall wenigstens mittelbar insofern zurückgeführt werden könne, als der bösartige Verlauf der Kopfrose durch eine infolge des Unfall etwa eingetretene Schwächung der körperlichen Widerstandsfähigkeit des Klägers wesentlich bedingt worden sei. Dagegen hat auch das Reichs-Versicherungsamt auf Grund der von Professor Dr. S. zu Bonn abgegebenen Gutachten die Ueberzeugung gewonnen, sowohl, dass die Infektion des Klägers durch Erysipelasbazillen während seines Aufenthaltes im Krankenhause zu Kirchlinde stattgefunden hat, als auch, dass die Infektion höchst wahrscheinlich nicht erfolgt wäre, wenn der Kläger sich nicht im Krankenhause befunden hätte, d. h. dass die besonderen Verhältnisse in dem letzteren die Infektion hervorgerufen oder wenigstens in ausserordentlichem Masse begünstigt haben. Diese Feststellung ist aber vom Schiedsgericht mit Recht unter zutreffender Begründung, welcher sich das Rekursgericht nur hat anschliessen können, als ausreichend erachtet worden, um den erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zu begründen. Die von der Beklagten angeordnete Unterbringung des Klägers in dem Krankenhause, welcher er sich ohne die Gefahr eines Rechtsnachtheils nach Lage des Gesetzes nicht entziehen konnte, stellt sich als eine aus dem Betriebsunfall fliessende Massnahme, also als eine Folge des Unfalls dar, und diese Massnahme war es, welche unter den Verhältnissen des vorliegenden Falles nicht bloss den äusseren Anlass für die Erkrankung an Kopfrose, sondern die wesentlich hierzu mitwirkende Bedingung bildete. Die Gefahr, durch Erysipelasbazillen infiziert zu werden, war für den Kläger während seines Aufenthaltes in dem Krankenhause eine über die Gafahr des gewöhnlichen Lebens weit hinausgehende (vgl. dagegen die von der Beklagten angezogene Rekursentscheidung 664, Amtl. Nachr. des Reichs-Versicherungsamts 1889 S. 154, wonach der besonderen Lage des Falles diese Voraussetzung nicht als gegeben angenommen wurde). Hiernach war die Beklagte für verpflichtet anzusehen, für die aus dieser Gefahr sich ergebenden Folgen, als mittelbare Folgen des Unfalls, einzutreten.

(Arbeiter-Versorgung.)

Der Verlust von Zähnen beschränkt die Erwerbsfähigkeit nicht; Simulation.

Der Kutscher Rinne aus Uelzen war bei der Bierbrauerei-Gesellschaft in Uelzen in Stellung gewesen. Am 10. März 1892, als sich Rinne im Pferdestall befand, erhielt er plätzlich von einem bösartigen Pferde einen heftigen Schlag ins Gesicht. Der Verletzte verlor nicht weniger als sechs Zähne aus dem Unterkiefer und kam auch zu Falle, wobei er noch eine nicht ganz unbedeutende Wunde am Hinterkopf davontrug, indem Rinne mit seinem Kopf auf einen Stalleimer schlug. Der Verletzte klagte später besonders über Schwindelgefühl und heftige Schmerzen im Kopf und beantragte alsdann bei der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft, ihm eine Unfallrente gewähren zu wollen. Auf Veranlassung der Genossenschaft begab sich darauf der Verletzte in das Krankenhaus zu Uelzen, wo er von Sanitätsrath Dr. Sonntag behandelt und beobachtet wurde. Auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft erstattete Dr. Sonntag am 11. Juli 1892 ein Gutachten über den Zustand des Verletzten und äusserte sich dahin, dass in Folge der Kopfverletzung die Angaben des Verletzten über Schwindel und Schmerzen im Kopf nicht von der Hand zu weisen seien; es sei sogar nicht unwahrscheinlich, dass sich als Folge des Unfalls bei Rinne eine Geisteskrankheit entwickeln werde. Die Berufsgenossenschaft fühlte sich nach Einholung des eben erwähnten Gutachtens bewogen, dem Verletzten 65 Prozent Rente zu bewilligen. Einige Zeit darauf nahm der Geheime Sanitätsrath Dr. Hagedorn an dem Verletzten eine eingehende Untersuchung vor und trat in verschiedenen Punkten dem Gut-

achten seines Kollegen nicht bei; er erachtete es auch für ausgeschlossen, dass Rinne in Folge des Unfalls geistesgestört werden könnte. Dieses Gutachten war für die Berufsgenossenschaft Veranlassung, die Rente des Verletzten am 26. Oktober 1892 auf 50 Prozent herabzumindern. Etwa ein und ein halbes Jahr danach trug Rinne bei Gelegenheit eines Brandes einige Brandwunden davon. Der Verletzte musste sich nunmehr in ein Krankenhaus nach Magdeburg und zwar auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft begeben, wo er von Professor Dr. Unverricht einer eingehenden Untersuchung unterworfen wurde. In einem am 29. Mai 1894 erstatteten Gutachten sprach Professor Dr. Unverricht seine Ueberzeugung dahin aus, dass Rinne fortan in seiner Erwerbsfähigkeit durch den am 10. März 1893 erlittenen Unfall keineswegs mehr als beschränkt zu erachten sei; Rinne neige zur Simulation. Es fehle jedes objektive Zeichen für die Verminderung der Erwerbsfähigkeit des Rinne. Zwar habe letzterer durch den Schlag des Pferdes ein halbes Dutzend Zähne vorloren; der Verlust der Zähne vermindere aber nicht die Erwerbsfähigkeit eines Menschen. Es gebe eine grosse Zahl von Menschen, welche nicht mehr Zähne haben als Rinne und ebensowenig in ihrer Verdauung als in ihrer Erwerbsfähigkeit gestört seien. Kläger übertreibe in erheblichem Masse, seine Angaben seien daher unglaubwürdig. In Folge des Unfalls habe Rinne einen Schädelbruch nicht erlitten; Schwindel dürfte beim Kläger nur eintreten, wenn er zu viel Alkohol geniesst. — Als sodann die Berufsgenossenschaft sich weigerte, dem Rinne fernerhin eine Rente zu gewähren, beschritt er den Klageweg. Indessen sowohl das Schiedsgericht als auch das Reichs-Versicherungsamt wiesen die Klage des Rinne auf Grund des klaren und schlüssigen Gutachtens des Professor Dr. Unverricht als unbegründet ab. M.

Aus dem Reichsgericht.

Ablehnung von Sachverständigen.

Ein Sachverständiger, welcher vor Erhebung einer Klage von einer Prozesspartei zur technischen Begutachtung ihres Anspruchs herangezogen worden ist und ein Gutachten ertheilt hat, kann nach einem Beschluss des Reichsgerichts, V. Civilsenats, vom 10. November 1894, sodann im Prozess deshalb nicht ohne weiteres wegen Besorgniss der Befangenheit vom Prozessgegner abgelehnt werden. „Wegen Besorgniss der Befangenheit findet die Ablehnung statt, wenn ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu rechtfertigen (Civilprozessordnung §§ 371, 42) . . . Die Parteien wenden sich häufig vor Erhebung eines Anspruchs an einen Sachverständigen, auf den sie sich im Prozess nachher berufen, um sich über technische Fragen zu informiren und das von ihm ertheilte Gutachten als Theil eines Schriftsatzes zu benutzen. Nach allgemein menschlichen Verhältnissen ist anzunehmen, dass der Sachverständige, wenn er die Begutachtung übernimmt, dabei nach Pflicht und Gewissen handeln wird, sodass dieser Umstand allein beim Gegner noch nicht die Besorgniss der Befangenheit zu erwecken geeignet ist.“

Beim Haftpflichtgesetz bedingt Mangel an Vorsicht durch Trunkenheit eigenes Verschulden des Verletzten und daher kein Recht auf Entschädigung.

Der Schlosser Sch. stürzte am 8. November 1891 Nachts von dem Vorderperron eines im Betriebe befindlichen Pferdebahnwagens der Grossen Berliner Pferdeeisenbahn-Gesellschaft ab und erlitt in Folge des Sturzes einen Knöchelbruch des rechten Fusses. Auf die von ihm auf Grund des Haftpflichtgesetzes erhobene Klage wurde die Pferdebahn-Gesellschaft in erster Instanz zum Schadenersatz verurtheilt. Auf die Berufung der Beklagten wurde jedoch vom Kammergericht die Klage abgewiesen, indem es annahm, dass der Unfall und der dadurch entstandene Schaden durch eigenes Verschulden des Verletzten verursacht worden sei; der Kläger habe sich nämlich, wie festgestellt worden, in einem Zustande der Angetrunkenheit befunden, der ihm nicht die erforderliche Aufmerksamkeit und die genügende Herrschaft über seinen Körper gelassen habe, um sich ohne Gefahr auf dem Perronplatze aufzuhalten. Die Revision des Klägers wurde vom Reichsgericht, VI. Civilsenat, durch Urtheil vom 15. November 1894 zurückgewiesen, indem es begründend ausführte: „Das Berufungsgericht verkennt nicht die gemäss dem Haftpflichtgesetz der Beklagten obliegende Beweislast, wenn es den Einwand der Beklagten für erwiesen erachtet, Kläger sei wenigstens so weit betrunken gewesen, dass er nicht mit der erforderlichen Aufmerksamkeit sich auf dem Vorderperron der Pferdebahn aufgehalten und nicht die erforderliche Sicherheit in der Beherrschung seiner Bewegungen gehabt habe, um sich dem Transporte auf dem Perronstehplatze der Pferdebahn anzuvertrauen und den naturgemässen Schwankungen eines im Betriebe befindlichen Pferdebahnwagens ohne Gefahr auszusetzen.“

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ein Impfarzt ist nicht Beamter.

Der für einen preussischen Impfbezirk bestellte Impfarzt ist nach einem Urtheil des Ober-Verwaltungsgerichts, I. Senats, vom 10. April 1894, nicht als Beamter zu erachten, wenn nicht aus der Form der Bestallung oder aus anderen Umständen hervorgeht, dass der Impfarzt als Kreis- oder Kommunalbeamter angestellt worden ist. — Der Kreisphysikus Dr. W. zu G. (Hannover) wurde für den Kreis als Impfarzt bestellt, nachdem der Kreistag beschlossen hatte, dem Dr. W. die öffentliche Impfung vertragsmässig zu übertragen. Vom Magistrat zu G. wurde Dr. W. zu der Gemeinde-Einkommensteuer von dem vollen Betrage der Remuneration, die er als Impfarzt bezog, herangezogen, wogegen Dr. W. eine dem halben Betrage jener Remuneration entsprechende Ermässigung auf Grund der Verordnung vom 23. September 1867 beanspruchte, mit der Behauptung, dass ihm auch als Impfarzt die amtliche Eigenschaft beiwohne. Dr. W. klagte gegen den Magistrat, und er erstritt in der zweiten Instanz ein obsiegliches Urtheil. Auf die Revision des Magistrats hob das Ober-Verwaltungsgericht das Berufungsurtheil auf und wies die Klage ab, indem es begründend ausführte: „. . . Aus dem Inhalt der Pflichten, welche das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 dem Impfarzt auferlegt, kann seine amtliche Eigenschaft nicht gefolgert werden. — Auch ist im Landesrecht eine positive Norm, welche die Stellung des Impfarztes als ein Amt kennzeichnet, nicht vorhanden. Dadurch werden allerdings die Kreise nicht gehindert, die Impfärzte als Kreisbeamte anzustellen. Soll dies indes geschehen, so muss die Absicht, dem Impfarzt amtliche Eigenschaften beizulegen, entweder in der Form der Berufung, oder in anderen Umständen ihren Ausdruck finden, was im vorliegenden Falle nicht geschehen ist . . .“ (Rep. I Z. 111/93.)

Entscheidungen
a) des Amtsgerichts zu Hamburg vom 23. Febr. 1894, b) des Landgerichts zu Hamburg vom 2. Juni 1894.

(Zum Begriff „Krankheit“).

a)

Kläger ist seit 1888 Mitglied der beklagten Kasse und gehört seit dem 1. Oktober 1892 der zweiten Unterstützungsklasse an. Am 25. August 1893 verunglückte der Kläger,

welcher derzeit auf dem Holzlager von B. in Wankendort arbeitete, dadurch, dass er mit der rechten Hand in die Kreissäge gerieth. Es wurden ihm sämmtliche Finger der rechten Hand vollständig abgetrennt, sodass lediglich ein Stumpf zurückblieb. Kläger wurde in das Krankenhaus zu Preetz geschafft und dort bis zum 1. Oktober 1893 verpflegt. An diesem Tage war die Hand, soweit möglich, geheilt und hörte demnach die ärztliche Behandlung auf, dagegen will Kläger, weil er den rechten Arm garnicht gebrauchen konnte, über den 1. Oktober 1893 hinaus bis jetzt noch gänzlich arbeitsunfähig sein. Er verlangt daher, weil diese Erwerbsunfähigkeit eine Folge der durch den Betriebsunfall verursachten Erkrankung sei, für die Zeit nach dem 1. Oktober bis zum 25. November 1893, also für 8 Wochen, das nach § 5 Abs. 9 U.V.G. zu erhöhende Krankengeld.

Beklagte wendet ein, der Anspruch des Klägers sei ungerechtfertigt, da Kläger nach seiner am 1. Oktober erfolgten Entlassung aus dem Krankenhause in Preetz nicht mehr als krank im Sinne des Gesetzes betrachtet werden könne. Man beziehe sich dieserhalb auf die Ausführungen des Hanseatischen Oberlandesgerichts in den Entscheidungen vom 1. März 1886 und 8. Juli 1887, in welchen ausgeführt sei, dass „krank" nur Derjenige ist, wer ärztlicher Behandlung bedarf und so lange, als dies der Fall ist; dagegen gesund, wer keinen Arzt nöthig hat und deshalb seinem Erwerb nachgehen kann, auch wenn in seinem Organismus eine krankhafte Anlage fortbesteht. Die klägerische Unterstellung, dass der Verlust der rechten Hand vollständige Erwerbsunfähigkeit bedeute, sei unzutreffend, wie sich schon daraus ergebe, dass in solchen Fällen nur eine Rente von 50, 60 oder $66^2/_3$ Prozent zugebilligt werde.

Es wurde nach dem Klageantrage erkannt. Gründe:

Das Krankengeld ist innerhalb der durch § 10 der beklagten Statuten geregelten, hier vorliegenden Zeitdauer nach § 1 Abs. 1 eod. zu zahlen, wenn die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden ist. Diese Bestimmung entspricht der gesetzlichen Regelung im § 5 Abs. 1 K.V.G., nach welcher Krankenunterstützung zu gewähren ist im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit. Es fragt sich also einzig und allein, ob die durch den fraglichen Unfall hervorgerufene — zunächst unzweifelhaft mit Erwerbsunfähigkeit verbunden gewesene — „Krankheit" auch über den 1. Oktober 1893 hinaus bis zum 25. November, an welchem Tage Kläger in den Genuss der Unfallrente trat (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 U.V.G.) als fortdauernd zu erachten ist, obwohl Kläger selbst vorträgt, dass an jenem Tage die verletzte Hand, soweit möglich, geheilt war, und demnach die ärztliche Behandlung aufhörte. Diese Frage wird unbedenklich zu bejahen sein.

Es kann der Beklagten auf Grund des von ihr angezogenen Erkenntnisses des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 1. März 1886 und 8. Juli 1887 (vgl. v. Woedtke a. a. O. S. 70) unbedenklich darin zugestimmt werden, dass im Sinne des K.V.G. krank Derjenige ist, wer ärztliche Behandlung bedarf und so lange, als dies der Fall ist, dagegen gesund, wer keinen Arzt nöthig hat und deshalb seinem Erwerbe nachgehen kann, auch wenn in seinem Organismus eine krankhafte Anlage fortbesteht. (Vgl. auch Entscheidung dieses Gerichts in Sachen Christiane c/a Centralkrankenkasse der Tapezierer II 1031/93.) Andererseits oder gerade vielmehr an der Hand dieser Begriffsbestimmung ist aber nicht zu bezweifeln, dass unter Krankheit in diesem Sinne zu verstehen sind auch alle Fälle der Rekonvalescenz und des Siechthums, falls diese Zustände sich unmittelbar an eine Krankheit anschliessen und mit ihnen eine Erwerbsunfähigkeit verbunden ist (vgl. v. Woedtke a. a. O. Anm. 4a zu § 5 S. 122). Es heisst in dieser Beziehung, wie Kläger mit Recht hervorhebt, in dem Kommissionsberichte Seite 20 in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise folgendermassen:

> „Es wurde ausdrücklich festgestellt, dass nach der Auffassung der Kommission Krankenunterstützung für die gesetzliche Zeitdauer auch dann fortzugewähren ist, wenn vor Ablauf derselben die ärztliche Behandlung des Erkrankten wegen eingetretener Rekonvalescenz oder wegen Unheilbarkeit des Leidens aufgehört hat, vorausgesetzt, dass die Erwerbsunfähigkeit fortdauert und als Folge der Krankheit anzusehen ist."

Es ist hiernach also nicht der Umstand, ob der Erkrankte sich noch in ärztlicher Behandlung befindet, Arzeneien nimmt, Heilmittel anwendet, das ausschlaggebende Moment; dasselbe liegt vielmehr darin, ob der normale, vor der Erkrankung bestandene Körperzustand soweit wieder hergestellt ist, dass der Erkrankte wiederum in das Erwerbsleben zurücktreten kann. Nun bedarf es keiner Ausführung weiter, dass ein Zimmerer, wie der Kläger, nach dem völligen Verluste einer Hand, auch wenn die Wunde in vier Wochen heilt und somit eine ärztliche Behandlung nicht mehr erforderlich ist, seinem früheren Erwerb überall nicht mehr obliegen kann, und muss schon aus diesem Grunde der Klageanspruch seinem Grunde nach berechtigt erscheinen.

Wenn man aber auch nicht soweit gehen will, wie v. Woedtke a. a. O. S. 140 zu § 6, dass es bezüglich der Frage nach der Fortdauer einer mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheit nur auf diejenigen Erwerbshandlungen ankommt, welche der Erkrankte in dem von ihm vor der Erkrankung betriebenen Gewerbe vorzunehmen hatte, sondern darauf, ob der Erkrankte noch zu anderen, nicht in seinen früheren Beschäftigungskreis fallenden Arbeiten fähig, so würde auch aus diesem letzteren Gesichtspunkte im vorliegenden Falle eine Fortdauer der Erkrankung um deswillen anzunehmen sein, weil es unbezweifelbar eine längere Zeit dauern wird, bis ein seiner rechten Hand beraubter Mann die linke, im Allgemeinen ungeübtere und schwächere Hand soweit ausgebildet haben wird, dass er nunmehr allein mit dieser linken Hand einige körperliche Verrichtungen, die ihm einen Erwerb verschaffen können, wird ausführen können. Bis Kläger hierin auch nur einigermassen eine Fertigkeit sich erworben haben wird, wird nach richterlichem Ermessen sicherlich ein Zeitraum von 8 Wochen vergangen sein, und erscheint somit auch aus diesem Grunde der Klageanspruch an sich begründet.

b)

Die Berufung der Beklagten wurde zurückgewiesen.

Gründe: In dem angefochtenen Urtheil ist unter Bezugnahme auf den Bericht der Reichstagskommission zutreffend ausgeführt, dass selbst für die Fälle der Rekonvalescenz und des Siechthums, wenn auch inzwischen die ärztliche Behandlung aufgehört habe, falls mit diesen Zuständen eine Erwerbsunfähigkeit verbunden und als Folge der Krankheit anzusehen ist, Krankenunterstützung gewährt werden muss. Durch die Worte im Gesetze „oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit" hat dies unzweideutig zum Ausdruck gebracht werden sollen, und der Grund dafür ist zweifellos der gewesen, dass bei dem Verhältniss der Unfallversicherung zur Krankenversicherung, nach welchem alle Betriebsunfälle, welche weniger als 13 Wochen Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen, lediglich als Krankheiten behandelt werden, für welche die Krankenkassen die Unterstützungen leisten müssen, während nach Ablauf dieser Zeit die Unfallfürsorge eintritt, es anderenfalls an einer Fürsorge für die verunglückten Arbeiter während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall häufig fehlen würde.

Weiter war aber auch dem Vorderrichter darin beizupflichten, dass im vorliegenden Falle angenommen werden muss, dass der Kläger sich zur fraglichen Zeit noch in der Rekonvalescenz befand und in einem Zustande der Erwerbsunfähigkeit, welche eine Folge des erlittenen Betriebsunfalles war. („Die Arbeiterversorgung" 1895, No. 5.)

Bücherbesprechungen.

Seydel, K. L. Leitfaden der gerichtlichen Medizin für Studirende und Aerzte, Berlin, 1895, S. Karger.

Der Verfasser verweist in seinem Vorwort auf das klassische Lehrbuch v. Hoffmann's, an welches er sich in vielen Punkten anlehnen musste, und erklärt die ungleiche Behandlung der einzelnen Kapitel aus dem Bestreben, Gegenstände, die dem Arzte aus der Chirurgie und Geburtshülfe genügend bekannt sein müssen, möglichst kurz abzuhandeln, während die wichtigsten Artikel über den Erstickungstod, über Vergiftungen, Kindesmord und Leichenuntersuchung eingehender behandelt sind. Und in der That findet man bei den letztgenannten Gegenständen die Resultate offenbar eigener reicher, langjähriger Erfahrung zusammengestellt. Besonders eingehend und erschöpfend ist die Verwerthung der Leichenerscheinungen abgehandelt, aber auch für alle anderen Fragen der gerichtlichen Medizin wird dieser Leitfaden dem mit dieser Materie praktisch beschäftigtem Arzte ein zuverlässiger Rathgeber sein. Das von der üblichen Eintheilung abweichende Inhaltsverzeichniss wird in sachgemässer Weise ergänzt durch ein ausführliches alphabetisches Inhaltsregister. B.

Bornträger, J., Compendium der gerichtsärztlichen Praxis. Leipzig, 1894, H. Hartung u. Sohn.

In diesem Werke giebt der Verfasser eine Uebersicht des Gesammtgebietes der gerichtlichen Medizin nicht allein an der Hand der bekannten einschlägigen grösseren Werke und der bezüglichen Gesetze und Verordnungen, Abhandlungen, Gutachten und Entscheidungen oberster Behörden, sondern auch eigener Erfahrungen, Arbeiten und Ansichten, und dadurch ist ein objektives und doch selbstständiges wissenschaftliches kleines Lehrbuch entstanden, welches für den Praktiker wegen seiner Uebersichtlichkeit und wegen seines erschöpfenden Inhalts von grossem Nutzen sein wird. Besonders werthvoll sind auch die in und unter dem Texte aufgeführten Litteraturangaben über die einzelnen Gegenstände.

In der 1. Abtheilung werden die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen über die Thätigkeit des Arztes vor Gericht und über Gebühren und Zeugnisse aufgeführt, und zwar ist hier wie auch später nicht nur das preussische Landrecht, sondern auch das gemeine Recht und das rheinische Recht berücksichtigt; ferner wird hier behandelt die Untersuchung von Leichen, wobei besonders das Kapitel von den Todesursachen bemerkenswerth, und die Untersuchung von Körperbestandtheilen. — In der 2. Abtheilung werden die Körperverletzungen sehr eingehend behandelt sowohl in strafrechtlicher als zivilrechtlicher Beziehung, und hier wird auch den Unfallverletzungen und ihren Folgen ausführlicher Raum gewährt, ferner werden die Vergiftungen, die Infektionen und das kunstwidrige Handeln besprochen. — Die 3. Abtheilung handelt von den streitigen geschlechtlichen Verhältnissen und erörtert aufs Genaueste alle hierhergehörigen Fragen. — In der 4. Abtheilung endlich sind die Geistesstörungen in erschöpfender Weise besprochen, deren Begutachtung und deren Einfluss auf rechtliche Verhältnisse sowohl in strafrechtlicher als zivilrechtlicher Beziehung. —

Das Buch wird sicher dazu beitragen, die Kenntnisse in der gerichtlichen Medizin und das Interesse an diesem wichtigen Sondergebiete zu erweitern; aber auch dem praktisch thätigen Sachverständigen wird es ein sehr willkommenes Nachschlagebuch zur Befestigung seiner Kenntnisse sein. B.

Pistor M., Das Gesundheitswesen in Preussen nach deutschem Reichs- und preussischem Landesrecht. Bd. I. Abth. I., Berlin, Richard Schoetz, 1895.

Seit längerer Zeit fehlt eine erschöpfende und wortgetreue Darstellung aller der Gesetzesbestimmungen und Verwaltungsvorschriften, nach welchen sich in unserem engeren Vaterlande zur Zeit das öffentliche Gesundheitswesen im weitesten Sinne regelt.

Nicht nur der beamtete Arzt und der Verwaltungsbeamte bedarf eines handlichen Nachschlagebuches, in welchem er alle auf einen Amtsauftrag bezügliche Einzelvorschriften ohne Zeitverlust auffindet, nein fast jeder ärztliche Praktiker wird heutzutage vor Aufgaben gestellt, welche er nur nach eingehender Kenntnissnahme aller bestehender Verordnungen lösen kann.

Hierzu tritt namentlich für die Aerzte, welche sich den Standesangelegenheiten widmen, mehr als je das Bedürfniss auch über den geschichtlichen Aufbau unserer gegenwärtigen Medizinalverfassung unterrichtet zu sein.

Trotz mancher getäuschter Erwartung blicken viele der unermüdlichen Vorkämpfer unseres Standes hoffnungsvoll in die nächste Zukunft, welche wenigstens im bescheidensten Masse eine Umgestaltung der Stellung desArztes zu seinen Klienten, vielleicht auch zum Staate und zu seinen Standesangehörigen bringen soll.

Alles Neue aber kann sich zweckmässig nur an die leider seit geraumer Zeit zum Stillstande gekommene geschichtliche Entwickelung angliedern.

Deshalb wird das vorliegende Werk vielen willkommen sein, zumal die an ähnlichen grossen Aufgaben litterarisch bewährte Person des Verfassers von vornherein für die Vorbedingungen der Brauchbarkeit d. h. für die zweckmässige Eintheilung des Stoffes, die Lückenlosigkeit des Inhalts und die Klarheit der Erläuterungen bürgt. Es handelt sich nämlich nicht nur um eine Aneinanderreihung wörtlich wiedergegebener Gesetzesstellen und Verfügungen, nein der Verfasser hat in der geschicktesten Weise alles Wissenswerthe, was nicht aus dem Wortlaut behördlicher Anordnung hervorgeht zu einem erklärenden Texte vereinigt, welcher die einzelnen durchaus praktisch abgegrenzten Abschnitte umrahmt und durchflicht.

Das Werk wird zwei Bände in fünf Lieferungen umfassen. Der erste Band soll das Heilwesen, der zweite das öffentliche Gesundheitswesen behandeln.

In der vorliegenden ersten Abtheilung des ersten Bandes (18 Bogen) folgen auf die geschichtliche Einleitung die Kapitel: Reichsbehörden, staatliche Gesundheitsbehörden und Beamte in Preussen, der Arzt, der Zahnarzt, der beamtete Arzt.

Wie sorgfältig alles Wissenswerthe verwendet ist, ersieht man z. B. aus dem den Arzt betreffenden Abschnitt. Hier finden sich nicht nur die Prüfungsordnungen mit allen Deklarationen sowie die gesetzlichen Vorschriften zur Ausübung der Berufsthätigkeit und die Gebührenordnung, nein auch die Bestimmungen über die Beziehungen des Arztes zur Gemeinde, zur Armenkrankenpflege, über die ärztlichen Unterstützungskassen, die Standesvertretung bis zu den jüngsten wichtigen Beschlüssen der Berlin-Brandenburger Aerztekammer und das Vereinswesen.

Die Benutzbarkeit des Ganzen wird durch die Gediegenheit der buchhändlerischen Ausstattung erhöht.

Die zweite Abtheilung wird im Juli, der Rest noch im Laufe dieses Jahres erscheinen. L.

Tagesgeschichte.

Fortbildungskurse für Aerzte in Dänemark.

In unserem Nachbarlande Dänemark, wo bisher keine Sonderprüfung für beamtete Aerzte besteht, die Einführung einer solchen in absehbarer Zeit auch nicht zu erwarten ist, hat Professor C. Salomonsen den Vorschlag gemacht, in jedem Jahre einen Monat lang Fortbildungskurse für Aerzte, welche mit gerichtlich-medizinischen und sanitätspolizeilichen Verrichtungen amtlich betraut sind, abzuhalten.

Der Plan, den Salomonsen unter dem Beistande anderer Dozenten für die projektirten Kurse aufgestellt, ist folgender:

1. Hygienische Demonstrationen mit Vortrag: Prof. Gaedeken;
2. bakteriologische Uebungen mit Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Infektionskrankheiten: Prof. Salomonsen;
3. rechtspsychiatrische Uebungen: Prof. Pontoppidan;
4. medizinalstatistische Uebungen: Krankenkassen-Inspektor Sörensen;
5. Medizinal-Gesetzgebung: Etatsrath Hoff;
6. rechtsmedizinische Sektionsübungen: Dr. P. Detlefsen.

Die Kosten soll die Staatskasse übernehmen. — Der Ressortminister steht dem Plane sympathisch gegenüber und will noch in dieser Session dem Reichstage eine entsprechende Vorlage unterbreiten.

Bemerkenswerth ist, dass nach dem Vorschlage jährlich zehn Amtsärzte auf Ansuchen eine staatliche Vergütung für Besoldung eines Vertreters erhalten sollen, welche bis zu 10 Kronen (11,25 M) per Tag betragen kann. W. L.

Einführung der Unfall-Versicherung in Schweden.

„Die Arbeiter-Versorgung“ veröffentlicht das vom 23. Juli 1894 datirte Gesetz, welches in Schweden die Unfallversicherung für Fabrikarbeiter u. s. w. einführt. Dasselbe ist offenbar unsern Versicherungsgesetzen nachgebildet, weicht aber doch in einzelnen Punkten von ihnen ab. So ist zur Uebernahme der Versicherung eine vom Staate garantirte öffentliche Versicherungsanstalt für das ganze Land eingerichtet. In Fällen von Körperververletzung hat die Versicherungsanstalt nach Ablauf der vierten Woche (bei uns bekanntlich nach der dreizehnten Woche) nach dem Unfalle zu bezahlen:

1. die Kosten für die Behandlung des Kranken, so lange diese erforderlich ist;
2. eine Geldentschädigung an den Verletzten und zwar;
   a) für den Fall völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben 60 Prozent vom Arbeitsverdienste des Verletzten, in keinem Falle jedoch weniger als 50 Oere - 56 Pfennig für jeden Arbeitstag oder 150 Kronen - 168,75 Mark für ein Jahr;
   b) für den Fall theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben einen Bruchtheil des unter lit. a) festgesetzten Schadensersatzes, der nach dem Masse der verbliebenen Erwerbsfähigkeit des Verletzten bestimmt wird. Theilweise Erwerbsfähigkeit berechtigt jedoch nicht zum Ersatzanspruch, wenn derselbe nicht mindestens auf 5 Prozent des Arbeitsverdienstes bemessen wird.

Gegen die Entscheidung der Direktion der Versicherungsanstalt kann der Verletzte innerhalb sechs Wochen nach erfolgter Zustellung des Bescheides Berufung einlegen an eine Kommission, welche ihren Sitz zu Christiania hat und aus sieben Mitgliedern besteht; von deren Mitgliedern werden drei, nämlich ein rechtskundiger Vorsitzender, ein Arzt und ein Techniker nebst den erforderlichen Ersatzmännern für einen Zeitraum von fünf Jahren vom Könige ernannt, während die übrigen vier, nämlich zwei Arbeitgeber und zwei Arbeitnehmer — für einen Zeitraum von drei Jahren vom Storthing gleichzeitig mit zwei Suppleanten gewählt werden, von denen der eine Arbeitgeber, der andere Arbeitnehmer ist. — In den Kommunen nehmen Aufsichtsbeamte der Versicherungsanstalt, welche von den Kommunalbehörden gewählt werden, die Interessen der Versicherungsanstalt wahr nach besonderen Spezialinstruktionen.

Stempelgebühren für die ärztliche Approbation.

Die im neuen Stempelsteuergesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Stempelgebühren für die ärztlichen Approbationsscheine auf 20 Mark wurde von der Kommission zur Vorberathung dieses Gesetzes abgelehnt. Es bleibt also voraussichtlich bei dem Stempel von Mark 1,50.

Recepte sind Urkunden.

Die Pharm. Zeitung schreibt: Aerztliche Rezepte sind Urkunden, und wer solche Rezepte fälschlich anfertigen lässt, begeht eine Urkundenfälschung. Dies ergab sich aus einer Verhandlung am 19. Februar vor der dritten Strafkammer des Landgerichts I Berlin. Der Agent Otto M., der mit einer Dame ein Liebesverhältniss unterhielt, hatte sich ihr unter der Maske eines Arztes genähert und hielt diese Rolle auch fest. Da wurde die Dame krank und der Angeklagte verschrieb ihr ein mit „Dr. Behrens“ unterzeichnetes Rezept, das sie durch einen Apotheker anfertigen liess. Der Staatsanwalt verwies auf verschiedene Reichsgerichts-Entscheidungen, wonach derartige Rezepte zweifellos als Urkunden anzusehen seien und beantragte drei Monate Gefängniss. Der Gerichtshof hielt eine Urkundenfälschung auch für vorliegend, kam aber bei der Erwägung der Frage, ob der Angeklagte von der gefälschten Urkunde „zum Zweck der Täuschung“ Gebrauch gemacht habe, zu einer verneinenden Entscheidung. Er glaubte dem Angeklagten, dass er der Meinung gewesen sei, ein solches Rezept, wie es hier vorlag, würde auch ohne Unterschrift eines Arztes in jeder Apotheke angefertigt. Von diesem Gesichtspunkte aus wurde der Angeklagte freigesprochen.

Aerztliche Begutachtung von Handelsartikeln.

Im Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine wurde am 22. Februar 1895 folgende Resolution angenommen: Die ärztliche Begutachtung von Handelsartikeln durch Atteste, welche zu Reklamezwecken veröffentlicht werden, entspricht nicht den ethischen Interessen des ärztlichen Standes.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. B. in M.: Auf Ihre gef. *Anfrage,* in welcher Weise variköse Erweiterungen der Venen an den Unterschenkeln bei der Begutachtung von Verletzungen der letzteren und deren Folgen für die Erwerbsfähigkeit des Verletzten zu verwerthen seien, die ergebenste *Antwort,* dass es sich bei der Beurtheilung der Folgen solcher bereits vor dem Unfall erkrankter oder krankhaft degenerirter Theile immer nur darum handeln kann, ob eine Verschlimmerung des vorigen Zustandes durch die Verletzung und deren Folgen eingetreten ist. Es werden dabei wohl besonders chronisch-entzündliche Affektionen der Weichtheile oder der Knochen in Betracht kommen, die durch die Folgezustände einer Verletzung verursacht oder verschlimmert sind, ferner auch Narben, die durch ihre Lage Verengerungen der Venen und sekundäre, ödematöse Anschwellungen des Fusses veranlassen. Immerhin wird jede Verschlimmerung des früheren Zustandes ebenfalls als eine Folge der Unfallverletzung anzusehen sein. Sie werden übrigens in einer der nächsten Nummern unserer Zeitung Ausführlicheres darüber finden.

Berichtigung.

In der vorigen Nummer 6 befinden sich in dem Aufsatze über „Kasuistische Beiträge zur Simulationsfrage“ von Dr. Ohlemann pag. 65 u. ff. zwei Druckfehler: auf pag. 66 muss es heissen Pilocarpin 0,02 und nicht 0,2; auf pag. 66, oben zweite Zeile, nicht: es ist loyal, sondern: es ist legal. Die Redaktion.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 8.** **Ausgegeben am 15. April.**

Fall von Kopfverletzung mit spät und unvermuthet nachfolgendem Tode.

Von
Prof. Dr. **Seydel**-Königsberg.

Nachstehender Fall, dessen Deutung anfangs nicht unerheblichen Schwierigkeiten begegnete, ist wohl geeignet, das Interesse auch weiterer Kreise zu beanspruchen.

Am 3. September 189 gerieth ein dem Trunke stark ergebener Schlächter, der sich viel auf dem platten Lande behufs Einkauf von Schlachtvieh umhertrieb, mit einem jugendlichen mässig kräftigen Schneidergesellen, nachdem beide zusammen recht erhebliche Quantitäten Spirituosen genossen hatten, in Streit, der in Thätlichkeiten überging, wobei der Schneider den schwerer betrunkenen Schlächter auf einen mit Backsteinen ausgelegten Boden niederwarf und hier hin- und herzerrte, so dass derselbe mit dem Kopfe gegen eine Treppenkante schlug. Nach diesem Rencontre erhob sich der Schlächter F., wischte sich mit einem Tuche das vom Gesichte in mässiger Menge herabrinnende Blut und verliess das Haus. Nach einiger Zeit folgte ihm der Schneider, blieb etwa $1/4$ Stunde weg und kehrte dann mit zerrissenen und zum Theil mit Blut bespritzten Kleidern in das Haus zurück. Hier gab er auf die Frage, wo der F. sei zur Antwort: „Was weiss ich, warum schimpft er, ich habe ihn geschlagen.“ Der Hauswirthin kam die Sache verdächtig vor, sie veranlasste den Schneider L., mit einer Laterne nach dem F. zu suchen und fand ihn auf dem Rücken mit ausgebreiteten Armen und ausgestreckten Füssen liegend und schaffte den Bewusstlosen, der auf Anrufen und Schütteln nicht reagirte, mit Hilfe des L. in einen Pferdestall, wo F. neben L. die Nacht zubrachte. Am andern Morgen entfernte sich L., während F. bis gegen Mittag fest mit etwas schnarchendem Athem schlief, dann aber, erweckt, ziemlich kräftig ass, bald wieder einschlief und erst gegen Abend zur Hilfe bei der Arbeit des Hauswirthes aufgefordert, sich hierzu anschickte, bald aber aufhören musste, da er sich nach seiner Angabe zu schwach fühlte. Gegen Abend verliess er den Stall und setzte sein umherziehendes Leben, nicht ohne wiederholt Spirituosen, wenn auch in mässiger Menge, zu geniessen, fort. Hierbei fiel es den Leuten auf, dass er sehr wenig sprach, auf Fragen theils gar keine, theils verkehrte Antworten gab, dabei aber ein Verständniss für die Fragen zu haben schien. Am 7. September kehrte er nach seiner Wohnung zurück, zeigte dasselbe Zeichen der Sprachstörung, hatte im Uebrigen aber einen guten Appetit. Am 11. September wurde er zur Verbüssung einer siebentägigen Gefängnissstrafe in Haft genommen, zeigte sich hierbei, übrigens nicht abweichend von seinem gewöhnlichen Gebahren, einsilbig, widerhaarig, fiel auch durch seinen mitunter etwas unsicheren Gang auf, wurde wegen seines widerspänstigen Wesens am 13. September in strengen Arrest gebracht, nachdem er ein Protokoll darüber und dass er sich in Zukunft gehorsamer zeigen werde, mit vollem Verständniss unterzeichnet hatte.

Am 16. September, also volle 13 Tage nach der Misshandlung, wurde er um die Mittagszeit bewusstlos, ass nicht mehr und starb gegen $6^1/_2$ Uhr Nachmittags, nachdem er eine halbe Stunde vorher in die Krankenzelle geschafft worden war. Die gerichtliche Sektion fand am 19. September statt und ergab zunächst keine Verletzung oder sonst auffällige Veränderung.

Beim Abpräpariren der weichen Kopfbedeckungen wurde links auf der Innenfläche des dem Hinterhaupte entsprechenden Lappens eine handgrosse Fläche vom Ansatze des linken Ohres bis zur Kuppe des Hinterhauptes, 12 cm in der Länge und 7 cm in der Breite von dunkelblauer Färbung gefunden. Bei Einschnitten zeigte es sich, dass die Gewebe blutig durchtränkt, resp. mit geronnenem Blute durchsetzt waren. Eine gleiche Veränderung wurde auf der rechten Hälfte des vorderen Lappens und zwar vom Augenhöhlenrande nach oben 12 cm hoch und 7 cm breit festgestellt. Die Beinhaut des Schädels war an diesen Stellen dunkelroth gefärbt, sonst blassgelblich.

An einer Fünfmarkstück grossen Stelle auf der Kuppe des Hinterhauptbeines fand sich zwischen Beinhaut und Knochen eine 1 Millimeter starke Schicht dunkelen geronnenen Blutes. Der Schädelknochen, schmutzig gelbgrau, von normaler Dicke, liess sich von der harten Hirnhaut ziemlich leicht abheben, an demselben fiel am linken Schenkel der Hinterhauptsnaht eine leichte Diastase auf; die Ränder derselben, sowie ihre Umgebung waren nicht blutig infiltrirt, sondern schmutzig gelbröthlich verfärbt.

Nach Abheben des Schädeldaches fiel eine dunkele schwarzblaue Verfärbung und stärkere Hervorwölbung der linken Hirnhälfte auf, während die harte Hirnhaut der rechten Seite bläulichweiss und nicht vorgewölbt war. Der Längsblutleiter fast vollständig leer. Auf der linken Grosshirnhalbkugel, fast die ganze Seite einnehmend fand sich zwischen harter und weicher Hirnhaut eine Schicht dunkeln geronnenen Blutes, die in der Gegend des Schläfenbeines 1,5 cm, an den Rändern 1—2 mm dick war, sie reichte auf der Schädelbasis von der vorderen bis zur hinteren Schädelgrube und hatte die Hirnsubstanz stark abgeflacht. Nach dem Entfernen und Abspülen dieser Blutschicht zeigten sich die Gefässe der weichen Hirnhaut durchweg stark gefüllt. An der Aussenseite des linken Schläfenbeines fanden sich nach gehöriger Abspülung des Gehirns zwei 10-Pfennigstück grosse rundliche Stellen, die dunkelblau gefärbt über ihre Umgebung etwas hervorragten. Die eine befand sich 3 cm von der Spitze des Schläfenlappens entfernt, die zweite 3 cm oberhalb der ersteren. Hier liess sich aus der Hirnsubstanz, die in der Umgebung röthlich verfärbt war, je ein Blutpfropf unter der weichen Hirnhaut sitzend herausspülen, so dass 3 mm tiefe Eindrücke in der Hirnsubstanz zurückblieben. In der Umgebung dieser Stellen fanden sich mehrere umschriebene schwarzblau gefärbte Flecken von Hirsekorn- bis Erbsengrösse, unter denen Einschnitte eine blutige Durchtränkung der Hirnsubstanz bis zu 5 mm Tiefe zeigten. Im Uebrigen fand sich an der Konvexität des Gehirns nichts Auffallendes. An der Hirnbasis waren die stark klaffenden Arterien leer, die Venen ziemlich stark gefüllt. An der unteren Fläche des linken Stirnlappens, nach aussen und hinten vom n. olfact. gelegen sah man eine Fünfpfennigstück grosse schwarzblaue Stelle, unter der sich eine kleinhaselnussgrosse mit dunklen geronnenem Blute gefüllte Höhle in der Hirnsubstanz befand. Ihre Ränder und Umgebung waren schwach blutig durchtränkt. Eine zweite ganz analog veränderte Partie fand sich an der Spitze des rechten Stirnlappens.

Bei der Durchschneidung der Grosshirnhalbkugeln fand man in den Hirnhöhlen besonders in den Seitenventrikeln eine geringe Menge schwachröthlich gefärbter Flüssigkeit.

Das Kleinhirn war unverändert. An der Schädelgrundfläche war eine mässige Füllung der Blutleiter mit dunkelem, dickflüssigem Blute zu finden.

Nach Entfernung der harten Hirnhaut, die ziemlich leicht gelang, fand sich an die Diastase der Hinterhauptsnaht anschliesend, ein das Schläfenbein bis zum Felsenbein und 3 cm diesen Knochen durchsetzender feiner Knochenspalt, diesem Knochenspalt entspricht die vorher beschriebene durch einen Bluterguss gebildete dunkelblaue Stelle im linken Schläfenlappen. In der Brusthöhle interessirt nur der Befund am Herzen, in dessen Vorkammern je 90 ccm dunkel geronnenen Blutes sich fanden, während die Kammern leer waren und die Lungen; diese waren vorn von graublauer, hinten von schwarzblauer Farbe, fühlten sich links an der Spitze fest und derb, im Uebrigen schwammig an und knisterten bei Druck. Das derb infiltrirte Gewebe erwies sich vollständig durchsetzt mit hirsekorn- bis erbsengrossen blaugrau gefärbten Knoten (tuberkulosen Herden). Die übrigen Partien, besonders die hinteren der unteren Lappen zeigten sich auf Durchschnitten dunkelblauroth, entleerten selbst auf leisen Druck eine sehr reiche Menge einer dunkelrothen schäumigen Flüssigkeit, das Gewebe fühlte sich wie ein mit Flüssigkeit vollgesogener Schwamm an.

Rechts derselbe Befund, bis auf die fehlende Spitzeninfiltration.

Der übrige Sektionsbefund bot nichts, was die Todesursache aufklären konnte.

Die Obduzenten hatten im vorläufigen Gutachten den Tod als durch Lungenlähmung (Oedem) erfolgt angenommen und als Ursache dieser Erscheinung, den durch Blutung in die Schädelhöhle veranlassten Hirndruck.

Die Blutung sei Folge eines Schädelbruches, der durch äussere Gewalt hervorgebracht sei.

Auf richterliches Befragen erklärten sie: „Der Umstand, dass der Verstorbene vom 13. bis 16. September in strengem Arrest gehalten sei, habe keinen Einfluss auf den Tod gehabt.“

In einem motivirten Gutachten führten sie die oben angeführten Sätze weiter aus, nahmen für die Entstehung der den Hirndruck veranlassenden Blutung ein allmähliches Nachsickern aus den bei der Misshandlung am 3. September gesetzten Verletzungen an. Ueber die Art und Weise dieses Nachsickerns sprachen sie sich nicht ganz klar aus, nahmen eine Thrombosirung und spätere Eröffnung der Gefässe durch äussere Anlässe, Alkohlexcesse, lebhafte Bewegung und dergleichen an und glaubten, dass eine gewisse Toleranz des Gehirns gegen den allmählich sich verstärkenden Druck schliesslich überschritten und dann der Tod durch Hirndruck unter Erscheinungen des Lungenoedems entstanden sei.

Dem gegenüber wurde in einem Obergutachten darauf aufmerksam gemacht, dass das Verhalten und Allgemeinbefinden des F. nach der Misshandlung vom dritten September diese Annahme nicht bestätige. F. hat in den ersten Tagen nach der Misshandlung, abgesehen von der durch die Hirnerschütterung veranlassten Bewusstlosigkeit ziemlich schwere Störungen des Allgemeinbefindens und namentlich der Sprache gezeigt, dieselben aber im späteren Verlaufe bis zum elften September mehr und mehr verloren. Der Gefängnissarzt fand bei allerdings etwas oberflächlicher Untersuchung keine krankhaften Erscheinungen, erklärte den aus früheren Freiheitsstrafen als störrisch und widerhaarig bekanten F., der sein Zimmer nicht reinigen wollte etc. für einen Simulanten. Denselben Eindruck hatten die Gefängnissbeamten, die mit ihm am dreizehnten September ein Protokoll aufnahmen, in dem er Besserung und Gehorsam versprach.

Alle diese Erscheinungen sprachen nicht für einen Menschen, der unter dem Einflusse einer allmählich sich vergrössernden Blutung in der Schädelhöhle stand. Es müsste vielmehr angenommen werden, dass die am dritten September erlittenen Verletzungen in ihren Folgen allmählich sich vermindert hätten, was aus der Geschichtserzählung hervorgeht und dass bei dem F. allerdings zweifellos als Folge der am dritten September erlittenen Misshandlung eine Veränderung an den Gefässen der Hirnhäute (Pachymeningitis haemorrhagica) entstanden sei, welche am sechszehnten September eine erneute stärkere Blutung, die zum Tode führte, veranlasst habe.

Einen Einfluss des strengen Arrestes auf den Tod resp. die denselben verursachende Blutung in die Schädelhöhle wäre weder durch die Anamnese noch durch die Sektion nachgewiesen. Die Ränder der Knochenbrüche von gelblicher Farbe und ohne frische Blutinfiltration bewiesen, dass diese Verletzung älteren Datums war. Eine frische Sugillation der Haut des Kopfes wäre durch die Sektion nicht nachgewiesen. Man könne daher mit Bestimmtheit eine Verletzung durch Schlag oder Fall in den letzten Tagen vor dem Tode ausschliessen. Nach diesen Ausführungen müsse man das Gutachten dahin zusammenfassen:

1. Der F. sei an Hirndruck unter Konkurrenz von Lungenödem gestorben. 2. Die den Hirndruck veranlassende Blutung sei nach den Umständen erst kurze Zeit vor dem Tode und zwar am sechszehnten September entstanden. 3. Die Blutung sei nicht Folge einer erneuten Verletzung durch Fall oder Schlag, welche den Kopf trafen, sondern einer krankhaften

Veränderung der Hirnhäute, die durch die am dritten September erlittenen Misshandlung veranlasst wäre.

Zu diesem Punkte wurde im mündlichen Verfahren noch eine kurze Erklärung gegeben; bekanntlich tritt die Pachymeningitis haemorrhagica auch ohne jede Verletzung bei Leuten, die dem Alkohol ergeben oder anderen Schädlichkeiten ausgesetzt sind ein und bedingt durch Blutungen in die Schädelhöhle einen plötzlichen und anscheinend durch Nichts veranlassten Tod. Dies war nach dem Sektionsbefunde bei dem F. auszuschliessen, da die Blutung resp. deren Ursache allein auf der verletzten linken Seite des Kopfes gefunden wurde und die rechte Hälfte der harten Hirnhaut von den Obduzenten ausdrücklich als weisslich-blass bezeichnet wurde.

Die chronologische Entstehung der durch Blutaustritt am Gehirn veranlassten Veränderungen müsse man sich so denken, dass die unter der weichen Hirnhaut bei der Sektion gefundenen lokalen Blutergüsse, die sich in Form kleiner Blutpfropfen am linken Stirnlappen etc. vorfanden, direkte Folge der Misshandlung und am dritten September entstanden waren, dass die Veränderung der harten Hirnhaut sich aber im Anschluss an diese Verletzung erst allmählich entwickelt und am sechszehnten September ohne besondere äussere Veranlassung zur tödtlichen Blutung geführt hätte.

Der Gegner des F., ein ziemlich schwächlich gebauter neunzehn- bis zwanzigjähriger Mensch wurde wegen Körperverletzung mit Todeserfolge zu ein Jahr sechs Monaten Gefängniss verurtheilt.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Farbenblindheit.

Von

Dr. **Ohlemann** - Minden.

Der Praktiker kommt gegenwärtig mehrfach in die Lage, auch über Farbenblindheit sich gutachtlich äussern zu müssen (Eisenbahndienst, Marine). Hierzu bedarf er der Literatur. Diese ist aber zerstreut und meist nur in den wissenschaftlichen Archiven für Ophthalmologie und Physiologie zu finden und darum für Viele schwer erreichbar. Im Folgenden ist daher das Wissenswertheste auf diesem Gebiete zusammengestellt unter Angabe der Quellen und damit die Möglichkeit gegeben, jedem Gutachten gerecht zu werden.

Die Lehre von dem Farben-Empfindungsvermögen hat in den letzten Jahren, etwa von der Mitte der achtziger Jahre an, eine grosse Wandlung in Folge einer Reihe Epoche machender Arbeiten erfahren. Es ist auch als Folge davon bereits ausgesprochen*), dass die Art der Untersuchung auf Farbenblindheit keine richtige mehr sei, im Gegentheil, nach dem Urtheile von Sachkennern eine verkehrte, denn sie beruhe auf dem Systeme der Farben-Benennung.

So erwähnt Bickerton*), dass der Board of Trade in England in den Jahren 1885—1888 45 Personen für qualifizirt zur Schifffahrt erachtet habe, die notorisch farbenblind waren. Wie so etwas möglich war, davon berichtet Hogg**), der den Fall eines Marine-Offizieres erwähnt, welcher bei der offiziellen Prüfung als farbengesund gehalten, später bei Gelegenheit einer Unterhaltung über Droguenfarben zufällig seine typische Rothgrünblindheit entdeckte. Die Liverpooler Schiffs-Rheder verliessen sich daher nicht mehr auf die genannte Behörde, sondern hätten eigene Untersuchungsmethoden. So sei es vorgekommen, dass bereits altgediente Seeleute, als farbenblind erkannt, entlassen werden mussten. Gegen Ende der achtziger Jahre waren dann bereits die Untersuchungen auch schon genauer. Nach einem Berichte des britischen Marineamtes*) wurden im Jahre 1890 allein bei der Handelsmarine 30 Personen als Farbenblinde erkannt, die eine Anstellung suchten. Es hat sich aber hierbei auch ferner herausgestellt, dass es in einigen Fällen möglich war, den Sinn für Farben-Empfindung auszubilden und dass man Kandidaten, die anfangs farbenblind waren, später als tauglich anerkennen konnte.

Bei uns hat man zu dieser letzteren Frage neuerdings keine Stellung weiter genommen. Es wäre wirklich von Interesse und praktischer Bedeutung, zu wissen, ob Farbenuntüchtige, speziell wohl charakterisirte Rothgrünblindheit, durch Uebung nach und nach farbentüchtig werden können. In unseren Schulen, speziell auf unseren Gymnasien, dürften die Fälle der Art wohl nicht unschwer zu erlangen sein. Praktisch läge ein hoher Werth auf allgemeineren Untersuchungen auf Farbenblindheit in den Schulen darin, dass die wirklich Farbenuntüchtigen bei Zeiten von einem Lebensberufe fern blieben, der an den Farbensinn besondere Anforderungen stellt.

Ob eine Besserung aber wirklich möglich ist, das kann sich nur aus der Betrachtung der physiologischen Verhältnisse ergeben, und danach scheint es ausgeschlossen zu sein, dass Farbenblindheit, auch partielle, behandelbar oder heilbar sei. Betrachten wir die normalen Verhältnisse zuerst. Wir wissen, Farben werden dadurch hervorgerufen, dass das Licht verschiedener Wellenlängen auf die Netzhaut auffällt. Man nimmt an, dass diese Wellenlängen oder Lichtwellen als Schwingungen des Lichtäthers, zwischen $^1/_{760}$ μμ und $^1/_{393}$ μμ liegen, in welchen Grenzen sie als Farben erkannt werden.

Alle Farben, welche zwischen diesen Grenzen liegen, bilden das bekannte Sonnenspektrum, oder das Spektrum des weissen Lichtes, so zwar, dass bei Roth auf dem äussersten linken Ende des Spektrums die Zahl der Schwingungen am grössten ist, 760 Milliontelmillimeter, am äussersten Ende rechterseits am kleinsten, 393 Milliontelmillimeter. Dabei ist es gleichgiltig, welche Art von Licht es ist, ob es sich um Sonnen- oder künstliches weisses Licht handelt. Die Farbenskala innerhalb dieser Grenzen lautet weiter, wie bekannt: roth, orange, gelb, grün, blaugrün, blau, indigo, violett.

Für die Zwecke der Untersuchung und Beobachtung benutzt man in der Physiologie, um ein solches Spektrum herzustellen, einen besonderen Apparat. Ein kleines Blättchen Kohle wird mittels eines Gemisches von Leuchtgas und Sauerstoff weissglühend gemacht, das dadurch erzeugte Licht durch ein Linsensystem auf einen schmalen Spalt konzentrirt. Dies ist die Lichtquelle, und von dieser sieht man vermittelst einer Linse ein Bild auf einem weissen Schirm, den man in etwa $^1/_2$ Meter Entfernung dem Apparate gegenüber stellt. Schaltet man nun ein Prisma in denselben ein, dann wird obiges (Sonnen-) Spektrum auf dem Schirme sichtbar.

Weiss ist also die vollkommenste Mischung sämmtlicher Aetherschwingungen der verschiedensten Schwingungsdauern.

Wenden wir uns zu den anderen Farben, welche wir im täglichen Leben beobachten, da jene Spektralfarben nur künstlich mittels des Prismas herzustellen sind. Es sind die Pigmentfarben. Man nennt Pigmentfarben oder Pigmente solche, welche einen Körper theils durch Ueberzug, theils durch Beimengung einen bestimmten Farbenton ertheilen. Diese Pigmente sind sowohl fertig in den Pflanzen gebildet als finden sie sich auch oder entstehen durch chemische Prozesse aus den verschiedensten organischen und unorganischen Stoffen. Dies

*) Centralblatt für praktische Augenheilkunde von Hirschberg. 1891. pag. 25. Referat von Peltesohn.

**) Ebenda. pag. 27. An undetected case of colour blindness.

*) Centralblatt für Augenheilkunde. Hirschberg 1891. pag. 496. (Deutsche Med. Zeitung.)

ist in der Art zu erklären, dass die Körper von dem hindurchgehenden weissen Licht einige Bestandtheile aufnehmen, absorbiren, andere aber hindurchlassen; diese sind es, welche die Farbe bestimmen.

Es giebt aber hierbei keine bestimmten Gesetze, im Gegentheil besteht eine unendliche Fülle von Variationen. Während wir also einerseits im Spektrum des weissen Lichtes stets dieselben Farbentöne oder Farben-Empfindungen haben, gleichwerthig, entsprechend einer stets gleichen Zahl von Aetherschwingungen, sehen wir andererseits bei der Beobachtung der Verhältnisse der einzelnen Pigmentfarben lauter Verschiedenheiten. Dies dürfte für die spätere Beurtheilung in der Untersuchung auf Farbenblindheit nicht unwesentlich sein.

Bei den Pigmenten liegt die Ursache darin, dass keine Sonderung in Wellenlängen so vorhanden ist wie bei den Spektralen, und dies hat weiter zur Folge, dass die ungemein grosse Variabilität von Aetherschwingungen eine Fülle von Nuancirungen hervorrufen muss, wie es thatsächlich der Fall ist. Es erklären sich diese sowohl aus dem mehr oder minder beigemischten Weiss, wodurch die Nuancen von hell und dunkel in roth, grün, blau u. s. w. entstehen, als auch aus dem mehr oder weniger Reflektirtwerden von Aetherschwingungen verschiedener Wellenlängen; denn hier handelt es sich nicht um eine Zerlegung des Lichtes, sondern um eine mehr oder weniger unvollkommene Absorption und Reflexion von Licht der verschiedensten Wellenlängen.

Dies ist auch von Wichtigkeit für das praktische Leben, besonders für den Signaldienst bei der Marine und den Eisenbahnen, da die farbigen Gläser nur dann dieselbe Nuance z. B. in roth oder grün haben, wenn sie sämmtlich aus derselben Masse bestehen, derselben Zusammensetzung vor dem Gusse, wenn die Mischungen dieselben sind, und die Gläser überall die gleiche Dicke haben.

Es ergiebt sich hieraus, dass ein Glas dann am vollkommensten roth beispielsweise erscheint, wenn das Maximum in Roth hindurchgeht, ebenso in grün und blau. Weiss würde man ein Glas nennen, oder vollkommen durchsichtig, wenn alle auffallenden Lichtstrahlen in demselben Verhältnisse hindurchgehen. Da nun bei den Pigmentfarben ausser dem Maximum des bestimmten Farbentones dieses letztere auch mit der Fall ist, so sagen wir, wenn wir von einer Pigmentfarbe reden, sie ist rot oder grün + einer gewissen Menge weissen Lichtes. Das ist die Nuance, und nennen diese, je nach der Menge desselben, mehr oder weniger gesättigt.

Dieses normale Farben-Empfinden ist nun nicht immer vorhanden, es giebt Umstände, unter welchen auch die Farbentüchtigsten vollkommen farbenblind sind. Das ist einmal unter gewissen Umständen in der Dämmerung des frühen Morgens und dann im äussersten Gesichtsfeld*) der Fall. Wir kommen zu den Hypothesen über die Farben-Empfindungen.

Die zunächst angenommene war die Young-Helmholtz'sche**). Nach dieser beruhen die Farbenwahrnehmungen auf dem Vorhandensein von drei Grundfarben, roth, grün und violett, gebunden an ebenso viele Faserarten in der Netzhaut, also den roth-, grün- und violettempfindenden, die durch irgend welches Licht erregt werden können. Wäre die Erregung dieser drei Faserarten gleich stark, so entstände die Vorstellung des Grau oder Weissen analog der Durchlässigkeit sämmtlicher Lichtschwingungen, wie wir sehen für weisses Licht, je nach der Sättigung, je nach dem Maximum derselben. Träfe aber der Lichtreiz die verschiedenen Fasern in verschiedener Stärke, dann entständen die einzelnen drei Farben.*) Diese Theorie wendet Helmholtz auch auf die Farbenblindheit des peripheren Sehens an, indem er sagt,**) dass die Bedingungen, welche wir den Farbeneindrücken auf der Peripherie der Netzhaut geben, sich am leichtesten erkläre unter der Annahme, dass in der rothblinden Zone die roth empfindende photochemische Substanz der grün empfindenden ähnlich geworden sei, in der äussersten Zone aber alle drei sich einander glichen.

Eine andere Theorie ist von E. Hering.***) Nach ihr handelt es sich um rein chemische Vorgänge. Hering nimmt an, dass es drei verschiedene chemische Substanzen gebe, deren Verschwinden und Wiederkommen (Dissimulation und Assimilation) die Licht- und Farbenempfindung hervorrufe: die weissschwarze, rothgrüne und blaugelbe Substanz. Während er die weisse Empfindung mit der Dissimulation, die schwarze mit der Assimilation in Verbindung bringt, vermag er das Bestimmte für die eigentliche Farbe nicht zu sagen. Immerhin nimmt er im Gegensatz zu den Helmholtz'schen drei Arten von Farbenfasern die Leonardo da Vinci'schen vier Prinzipalfarben an: Roth, gelb, grün, blau. Aus diesen Grundfarben also gruppirt er die beiden Paare von Gegenfarben: Rothgrün und blaugelb, wozu dann noch die schwarze und weisse tritt und nennt sie alle drei Sehsubstanzen. Die einzelnen Farbentöne wurden daher genannt: urroth, urgelb, urgrün und urblau.

Die Erklärung endlich für den Verlust des Farbensinnes im peripheren Sehen fasste Hess dahin kurz zusammen, dass es vier homogene Lichtarten gäbe, ein bestimmtes gelb, grün, blau und roth. Eine chromatisch neutral gestimmte Netzhaut (d. h. eine Netzhaut, welche eine Zeit lang hindurch gegen jeden Lichtzutritt geschützt war und unter Benutzung eines trichterförmigen Schirmes, der das Auge gegen seitlich einfallendes Licht schützte), verliere zwar bei zunehmendem indirekten Sehen ihre Sättigung, ändere aber nicht ihren Farbenton, entsprechend den Hering'schen Urfarben. Je weiter aber der Peripherie der Netzhaut, um so mehr nähmen diese vier Farben ab und zwar zuerst roth und grün, später blau und gelb.

(Schluss folgt.)

*) Archiv für Ophthalmologie B. 35. 4. pag. 63—83. E. Hering, Prag. Ueber die Hypothese zur Erklärung der peripheren Farbenqlindheit. — Ebenda B. 35. 4. pag. 1—62. C. Hess. Ueber den Farbensinn im indirekten Sehen. — Ebenda B. 40. 4. E. Hering und C. Hess. Ueber den Farbensinn im indirekten Sehen.

**) Helmholtz. Physiologische Optik. pag. 291.

*) Helmholtz, Handbuch der physiologischen Optik. 2. Auflage, Leipzig 1888.

**) Ebenda, pag. 373.

***) E. Hering. Lehre vom Lichtsinn. 2. Auflage, Wien 1878. — C. Hess. Band 35, pag. 1—62. Archiv für Ophthalmologie. Ueber den Farbensinn im indirekten Sinne. — Schmidt-Rimpler. Handbuch für Augenheilkunde. 1889.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Verletzung des Schultergelenks bei einem Tuberkulösen.

Von
Dr. Dobczynski-Christberg.

Die Berufsgenossenschaft haftet für alle aus einem Unfall sich ergebenden (also auch die mittelbaren) Folgen, und falls der Tod die Folge des Unfalls ist, wird die Dauer der Entschädigungspflicht nicht dadurch abgekürzt, dass nach menschlicher Voraussicht der Unfallverletzte auch ohne den Unfall in nicht allzu ferner Zeit einem z. Z. des Unfalls bereits bestehenden Leiden erlegen wäre. — Rekurs-Entscheidung des R. V. A. vom 20. Juni 1894.

Der Maschinist Sch. hatte am 26. Oktober 1892 einen Unfall dadurch erlitten, dass er von einer an dem Kasten einer Dreschmaschine stehenden Leiter herabfiel und durch die nachstürzende Leiter eine Quetschung der Gegend des

linken Schultergelenks davontrug. Wie so häufig, scheinen die Folgen dieser Verletzung zunächst nicht allzu sehr in die Augen fallende gewesen zu sein. Jedenfalls erhielt Sch. nach Ablauf von 13 Wochen auf Grund eines von anderer Seite ausgestellten ärztlichen Attestes nur eine Rente von 25 Prozent zugebilligt. Gegen diesen Bescheid erhob Sch. Widerspruch, indem er angab, dass er seit dem Unfall völlig erwerbsunfähig gewesen und geblieben sei. Zur Begründung des Widerspruchs ersuchte er Unterzeichneten um Ausstellung eines ärztlichen Attestes. Am 7. und 8. Mai 1893 untersuchte ich Sch. und fand im Wesentlichen Folgendes: Das linke Schultergelenk war vollständig ankylotisch; die Schulter durch Atrophie des Deltamuskels abgeflacht; an der Vorder- und Rückseite des oberen Theils des Oberarms befand sich ein wallnuss- bezw. ein hühnereigrosser Eiterungsherd; der unterste Theil des Oberarms, der Unterarm und die Hand waren geschwollen, bläulich gefärbt, fühlten sich kühl an; bei Bewegungsversuchen des Arms äusserte Sch. heftige Schmerzen und war ein leichtes Krepitiren im Gelenk wahrnehmbar. Ausserdem bestanden die Zeichen eines ausgebreiteten Lufröhrenkatarrhs, an dem Sch. seiner Angabe nach mehr oder weniger schon seit seiner Militärzeit gelitten. Sch. fieberte und sah sehr angegriffen aus. Auf Grund dieses Befundes führte ich in meinem Attest aus, dass Sch. an einer chronischen (wahrscheinlich tuberkulösen) Entzündung des linken Schultergelenkes litte, welche bei der nachweisbar vorhandenen Kontinuität der Erscheinungen auf den am 26. Oktober 1892 erlittenen Unfall zurückzuführen wäre. Ich rieth, den Sch. einer chirurgischen Behandlung in einem Krankenhause zu überweisen. Auf dies Attest hin wurde dem Sch. nachträglich die Vollrente vom Ablauf der 13. Woche an bewilligt und er einer chirurgischen Privatklinik zur weiteren Behandlung überwiesen, worauf Sch. seinen Widerspruch zurückzog. In der Klinik wurde Sch. operirt und erholte sich anfänglich auch; dann wurde jedoch sein Zustand infolge der Weiterentwickelung des bestehenden Lungenleidens schlechter und er starb am 16. Oktober 1893 an Tuberculosis pulmonum; die Operationswunde war bis auf eine kleine Wunde verheilt, das Gelenk ankylotisch. —

In dem Feststellungsbescheid vom 2. November 1893 wies nun die Berufsgenossenschaft die Wittwe Sch. mit ihren Ansprüchen ab, da der Tod des Sch. nicht eine Folge der Verletzung, sondern des bereits vor der Verletzung bestehenden Lungenleidens gewesen sei. Hiergegen legte die Wittwe Sch. fristgerecht Berufung ein unter dem Hinweis, dass der erlittene Unfall wesentlich zu dem frühen Tode ihres Mannes beigetragen habe, indem sie Unterzeichneten zugleich um Ausstellung eines ärztlichen Attestes ersuchte, welches diese Behauptung begründen sollte. In meinem darüber abgegebenen Gutachten führte ich aus, dass Sch. jedenfalls schon vor der Verletzung lungenkrank (tuberkulös) gewesen; dass er jedoch bis zu dem Unfall stets arbeitsfähig gewesen sei, und besonders auch während seiner letzten elfjährigen Thätigkeit als Maschinist (laut beigelegter Bescheinigung) nie wegen Krankheit seine Arbeit versäumt habe, dass er hingegen von Stunde des Unfalls an arbeitsunfähig geworden; dass die erlittene Quetschung des Gelenks Veranlassung zu einer chronischen Gelenksentzündung gegeben, welche zu Eiterung in dem betreffenden Gelenk geführt, die erst relativ spät beseitigt worden; dass das begleitende Fieber, die darniederliegende Ernährung, die fortwährenden Schmerzen, die dadurch gestörte Nachtruhe nothwendigerweise die körperliche Widerstandsfähigkeit des Sch. hätte herabmindern müssen; dass infolge dessen das Lungenleiden erheblichere Ausdehnung gewonnen und schliesslich zum Tode geführt hätte — so dass, mit einem Worte, der Tod des Sch. eine mittelbare Folge des erlittenen Unfalls gewesen sei. Diesen Ausführungen schloss sich das Schiedsgericht an und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Rente an die Hinterbliebenen. — Gegen dieses Erkenntniss des Schiedsgerichtes legte die Berufsgenossenschaft fristgemäss Rekurs beim R. V. A. ein, in dem sie anführte, dass die Verletzung des Sch. an seinem Schultergelenk durch die chirurgische Behandlung geheilt worden, im Uebrigen der Tod eine Folge des alten Lungenleidens sei. Sollte jedoch, so führte sie weiter aus, trotzdem ein kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Unfall anzunehmen sein, so käme in Betracht, dass Sch. bereits seit seiner Jugend an Husten gelitten, dass er nach dem Urtheil der Aerzte bereits vor dem Unfall tuberkulös gewesen und nach der Schilderung der Aerzte von dem körperlichen Zustand des Sch. nothwendigerweise angenommen werden müsse, dass Sch. auch ohne den Unfall ein höheres Lebensalter nicht erreicht haben würde, dass man mit Recht annehmen könne, dass er nicht älter als 58 Jahre (Alter zur Zeit des Unfalls 50 Jahre) geworden wäre und voraussichtlich das Jahr 1900 nicht überlebt haben würde. Falls also die Hinterbliebenen überhaupt entschädigungsberechtigt erachtet werden sollten, so beantragte die Berufsgenossenschaft, die Rente höchstens für die Zeit bis zum 31. Dezember 1900 festzusetzen. — Das R. V. A. schloss sich jedoch in seiner Rekurs-Entscheidung vom 20. Juni 1894 diesen Ausführungen nicht an, sondern nahm zunächst in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht einen mittelbaren Zusammenhang zwischen Unfall und Tod an, wobei es nochmals darauf hinwies, dass „es genügt, wenn die beim Unfall erlittene Verletzung eine von mehreren zum Tode mitwirkenden Ursachen ist, und als solche ins Gewicht fällt.“ Andererseits wies es die von der Berufsgenossenschaft in Vorschlag gebrachte, nur bis zum Jahre 1900 währende Rentenzahlung zurück, indem es den Umstand, dass Sch., auch wenn er den Unfall nicht erlitten hätte, in nicht zu ferner Zeit an Tuberkulose gestorben wäre, für belanglos erklärte. „Denn hat einmal ein Unfall in einer für die Begründung des ursächlichen Zusammenhangs geeigneten Weise den Tod des Verletzten herbeigeführt, so besteht die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Hinterbliebenenrente bis zum Eintritt der in § 6 des Unfallversicherungsgesetzes für den Wegfall vorgeschriebenen Voraussetzungen; auch, wenn zweifellos die Unterstützung durch den Getödteten (deren Wegfall den Grund zur gesetzlichen Einführung der Rentenzahlungspflicht gebildet hat), inzwischen, auch abgesehen von dem Unfall, aufgehört hätte.“

Referate.

Ein Fall von Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Symptomen.

Von W. Janowski-Warschau.
(Neurolog. Centralbl. 1. April 1895.)

Ein siebenundzwanzigjähriger Rohrleger, welcher vor drei Jahren eine vier Monate dauernde Lähmung der linken Hand gehabt hat, kommt ins Spital mit charakteristischen Bleisaum, Kolikerscheinungen und hartem Pulse von 72 Schlägen.

Am zwölften Tage nach Beginn der Erkrankung tritt plötzlich kleiner, fast fadenförmiger Puls von 200—210 Schlägen mit häufigen Pausen, wobei Pause und Pulsschlagperiode gleich lang sind, ein bei reinen Herztönen und gebesserten subjektiven Beschwerden. Nach einem Tage schon ist der Puls wieder normal. Verfasser führt diese in solch auffallender Form nirgends in der Literatur erwähnte Pulsbeschleunigung mit pe-

riodischem Aussetzen auf eine Beeinflussung der Herzganglien durch das Blei zurück.

Ausserdem zeigte dieser Kranke beständig während des zehntägigen Hospitalaufenthalts eine isolirte Lähmung der unteren Zweige des rechten Facialis und eine Verengerung der gleichseitigen Pupille mit träger Reaktion. Auch diese beiden Erscheinungen bezeichnet Janowski als selten und in der Literatur nur beiläufig von Charcot und Eichhorst erwähnt.

Diese Seltenheit von Pupillen- und Facialissymptomen wird Jeder, der Bleikranke in grösserer Menge sieht, wohl bestreiten. Ebenso häufig wie bei der chronischen Alkoholvergiftung sind Pupillen- und Gesichtshälftendifferenzen der verschiedensten Art bei gewerblichen Bleivergiftungen bald mit bald ohne seelische Erscheinungen bisweilen mit fortschreitender geistiger Schwäche. Da letztere nach Entfernung von der angiftenden Arbeit und geeigneter Behandlung nachlässt, so haben diese Erkrankungen, welche nach der Ueberzeugung des Referenten nichts anderes sind als progressive Paralysen mit sehr starken Nachlässen und sehr langsamem Verlauf, die Lehre von der „dementia pseudoparalytica" stützen helfen. Ueber den psychischen Befund an seinen Kranken hat Janowski, welcher übrigens ausdrücklich bemerkt, dass gewerbliche Bleivergiftungen in Polen nicht häufig zur Beobachtung gelangen, nichts erwähnt. L.

Vergiftung mit Samen von Datura stramonium.

Von E. Wehrli.

(Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte. 15. März 1895.)

Ein sechsjähriges Mädchen genoss den Inhalt von drei, ein vierzehnjähriges den von zwei Stechapfelfrüchten. Beide erkranken etwa zwei Stunden nach der Einverleibung an Unsicherheit im Gehen, Muskelzuckungen, Durst, Brennen und Trockenheit im Halse und an den Bindehäuten, sowie Röthung der letzteren mit Exophthalmus. Drei Stunden weiter erfolgt zornwüthige Erregtheit mit zahlreichen Gesichtstäuschungen. Bei der ersten Kranken dauert die Benommenheit circa $1^1/_2$ Tag, bei der letzteren weniger als einen Tag. Am spätesten erst nach zwei bezw. drei Tagen schwinden die ebenfalls bestehenden Erweiterungen der Pupillen mit Akkomodationslähmung.

Verfasser macht auf die Uebereinstimmung der Erscheinungen dieser Vergiftung mit der reinen Atropinvergiftung aufmerksam. Er erwähnt, dass unter den Chemikern über die Natur des Daturins zwei entgegengesetzte Ansichten bestehen. Die Einen (Schmidt) halten es für identisch mit dem Atropin, die Anderen (Ladenburg) für identisch mit Hyoscyamin und Duboisin.

Verfasser wirft die Frage auf, ob die Verschiedenheit der chemischen Analyse sich nicht vielleicht aus der verschiedenen Herkunft der zu den Präparaten verwendeten Pflanzen erklären lasse und ob Abweichungen in den klinischen Symptomen der Stechapfelvergiftung nicht davon herrühren, dass ausser dem Grundalcaloid noch andere wirksame Körper in der Pflanze enthalten sind. Er hält deshalb eine weitere genauere Beobachtung einschlägiger Fälle für sehr wünschenswerth. L.

Chronische Belladonna-Vergiftung.

Von Dr. Müller, Landgerichtsarzt, München II.

(Friedreich's Blätter März—April 1895.)

Eine Bergmannsfrau brachte ihrem Manne ungefähr 11 Monate lang einen Absud von Tollkirschenwurzel meist im Kaffee bei. Die Thäterin gab zu, in der ersten Zeit ein bis zwei Mal in der Woche, später alle vier bis fünf Wochen, ja zuletzt noch seltener dem Manne als Mittel gegen angeblichen Jähzorn je einen halben Esslöffel von einem Absud gegeben zu haben, den sie herstellte, indem sie eine Wurzel mit einem halben Liter Wasser kochte. Diesem halben Esslöffel würde 0,00125 Atropin entsprechen.

Der Mann wurde von Beginn der Giftwirkung an apathisch. Er konnte kleinere Gegenstände, wie Geldstücke und seine Fingernägel, in der Nähe nicht mehr unterscheiden. Er hatte Lichtscheu, Trockenheit im Munde, Schlingbeschwerden, Durst, Hitzegefühl, Röthe des Gesichts, Diarrhoe, Schmerzen beim Harnlassen, Zornwuth, Verwirrtheit mit Andeutung von Halluzinationen.

Er schilderte es sehr drastisch, wie er manchmal an dem kleinsten Bröckchen zu ersticken glaubte, wenn er nicht Wasser oder Milch zum Nachtrinken hatte, wie er nie ohne ein Stück Zucker ausgehen konnte, weil er immer etwas zur Anfeuchtung haben musste. Ausspucken konnte er zeitweilig gar nicht. Er magerte ab, machte seine Arbeit verkehrt, bedrohte grundlos seine Umgebung, er hielt seine Hände für roth, wollte im Schacht 200 Meter unter Tag ein Fenster ins Freie brechen und Aehnliches mehr. Nach vierzehntägigem Aufenthalt im Knappschaftslazareth trat fast völliges Wohlbefinden ein.

Aus Zufall tranken die Magd und das Kind von der vergifteten Portion. Die erstere verfiel nach einem mehrstündigen ängstlich benommenen Vorstadium in heitergefärbte halluzinatorische Verwirrtheit, welche zehn Stunden anhielt. Das Kind benahm sich ähnlich. Bei beiden Erkrankten wirkte Morphium bezw. Opium rasch. Alle drei Erkrankte, der Bergmann aber erst nach wiederholter Angiftung, fielen durch die Weite der Puppillen auf.

Es handelte sich bei diesem klinisch gewiss interessanten Falle für die Sachverständigen hauptsächlich um die Frage, ob die gereichten Belladonnagaben geeignet seien, die Gesundheit „zu zerstören" (§ 229 d. R. St. G.). Der Gutachter deduzirt, dass zunächst die Frau wahrscheinlich stärkere Dosen gegeben bezw. Absude hergestellt habe, als sie zugestand, denn von 0,00125 entstehen zwar schon einzelne Vergiftungserscheinungen, aber noch keine Geistesverwirrung und Sinnestäuschungen. Sodann sei bei der fortgesetzten Darreichung eine kumulative Wirkung des Giftes nicht ausgeschlossen. Diese kumulative Wirkung habe er in einem andern nicht kriminellen Falle beobachtet. Andererseits müsse er allerdings zugestehen, dass z. B. bei Kindern, welche mit langsam und sehr regelmässig steigenden Gaben des Mittels behandelt würden, eine Angewöhnung eintrete. Hier wurde, abgesehen von der wirklichen Kumulation, die Wirkung des Giftes dadurch erhöht, dass der Betreffende durch die häufige Einzeleinwirkung des Giftes körperlich siech geworden war.

Die Thäterin wurde danach aus § 229 R. St. G. verurtheilt. L.

Zur Aetiologie der Netzhaut-Ablösung.

Von Dr. Ohlemann-Minden.

(Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. März 1895.)

Verfasser berichtet über einen eigenartigen Fall von Netzhaut-Ablösung, der Gegenstand der Entscheidung eines Schiedsgerichtes geworden ist.

Ein Landmann, 60 Jahre alt, Emmetrop, trug in der Erntezeit 120 bis 130 Pfund schwere Säcke Getreide von seiner Tenne auf den Kornboden. Eines Tages, als er etwa zehn bis zwölf Säcke in dieser Weise getragen hatte, habe er plötzlich eine Verdunklung in seinem linken Auge wahrgenommen, einen schwarzen Fleck, der mit der Zeit immer grösser wurde und zur Erblindung des Auges führte. Er habe sofort einen Augenarzt konsultirt, welcher Netzhautablösung konstatirte. Sein Anspruch auf Unfallsrente wurde von der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft zurückgewiesen, weil ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Augenverletzung und der Betriebsarbeit nicht nachgewiesen sei. Das Schiedsgericht entschied folgendermassen: Nach dem Urtheile der Sachverständigen sei

die Möglichkeit zugegeben, dass durch die mit dem Tragen der Säcke verbundene Körperanstrengung und das Bücken des Kopfes der Eintritt der Netzhaut-Ablösung bei vorhandener Disposition befördert worden sei. An sich genügt nun zwar der ursächliche Zusammenhang der Netzhaut-Ablösung mit der Betriebsarbeit nicht, um in der ersteren einen Betriebsunfall zu erblicken. Es muss vielmehr in analoger Anwendung der für Bruchschäden vom Reichsversicherungsamte aufgestellten Rechtsgrundsätze die weitere Bedingung erfüllt sein, dass die qu. Augenerkrankung durch eine über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsfähigkeit hinausgehende Arbeit, oder durch eine übermässige Körperanstrengung hervorgerufen ist. Diese Voraussetzung liegt hier vor, insofern in dem Tragen von 120 bis 130 Pfund schweren Säcken für den sechzigjährigen Berufungskläger thatsächlich eine über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehende übermässige Körperanstrengung zu finden ist. Das Wegschaffen des Korns von der Tenne auf den Kornboden in Säcken von solcher Schwere ist eine Arbeit, zu welcher in der Regel nur die stärksten und kräftigsten Arbeiter verwendet werden, und Berufungskläger hat sich damit einer in der Regel nur jüngeren Personen zufallenden Thätigkeit unterzogen, welche für ihn im Hinblick auf sein Alter eine ausserordentliche Kraftleistung bedeutete.

Dieselbe ging auch über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit insofern hinaus, als sie der Natur der Sache nach nur einmal im Jahre, in der Erntezeit, vorzukommen pflegt. Dabei kann es für die Beurtheilung der Vorgänge als Betriebsunfall nicht ins Gewicht fallen, dass die Netzhaut-Ablösung erst, beim Tragen des zehnten oder elften Sackes eintrat. Denn es ist nicht bewiesen, dass die Netzhaut-Ablösung durch das wiederholte Tragen schwerer Säcke allmählich vorbereitet worden ist; sie hätte auch schon früher eintreten können, und vielleicht hat nur ein zufälliger Umstand, ein tieferes Bücken des Kopfes und dergl., ihren Eintritt gerade beim zehnten Sacke verursacht. Sie trägt daher im vorliegenden Falle als ein plötzliches Geschehniss den Charakter eines Betriebsunfalles im Sinne des Gesetzes.

Dementsprechend wurde die Unfallrente auf 30 Prozent festgesetzt. Jacobsohn.

Ueber „Akromegalie und Trauma".

Von Prof. Unverricht-Magdeburg.
(Münchener medizinische Wochenschrift vom 2. und 4. April 1895.)

Eine für die Unfallentschädigung überaus interessante Abhandlung, deren Hauptinhalt für die Sachverständigen-Thätigkeit von nicht zu unterschätzendem Werthe ist.

Die Krankheit ist durch Marie (1886) in ihren Grundzügen festgestellt. Der hier erwähnte neue Fall ist eines Theils der Sehstörungsbefunde wegen von Interesse, andererseits: „weil er vor dem Forum der Berufsgenossenschaften dadurch eine gewisse Bedeutung erlangt hatte, dass der Kranke von einer Seite als Riese aufgefasst und sein angeblicher Kräfteschwund und seine nervösen Beschwerden als Simulation bezeichnet wurden, von anderer Seite aus den subjektiven Angaben des Kranken das Symptomenbild der so viel diskutirten „traumatischen Neurose" konstruirt wurde." Verfasser entschuldigt die Begutachtenden mit der Begreiflichkeit des Irrthums in solchen Fällen, weshalb er aber die Veröffentlichung des Vorliegenden für um so nothwendiger hält. Die Frage: ob es neben traumatischer Leukämie, ulceröser Endokarditis, Diabetes auch eine traumatische Akromegalie giebt, ist wichtig und kann nur durch grosses Material gelöst werden.

Der Patient W. war vor sieben Jahren von 50 Fuss Höhe gefallen. Verstauchung des Armes und Kreuzes. Zwei Jahre darauf erklärt ihn Dr. A. für ausgeheilt. „Der Hünenbau zeugt von Arbeit und Arbeitsfähigkeit. Kopfschmerz und nervöse Symptome sind Uebertreibung und Verstellung. Völlige Arbeitsfähigkeit!"

Ein Schiedsgericht bewilligt auf Grund der Gutachten von Dr. B., C. und D. 33⅓ Prozent Rente.

Patient macht Eingabe an das Reichs-Versicherungsamt und klagt über nervöse Schwäche; wird abgewiesen, bringt ein Zeugniss von Dr. D., welcher seine Ansicht inzwischen geändert hat und annahm, P. W. leide an traumatischer Neurose und sei völlig erwerbsunfähig. Dem gegenüber schreibt Dr. A. wieder: „W. ist äusserst kräftig und hat äusserst straffe hünenmässig gestaltete Muskeln. Die Klagen sind unbegründet, W. ist erwerbsfähig, aber arbeitsscheu im höchsten Masse!" Auf wiederholte Klagen wird Patient in die Krankenanstalt Sudenburg zum Verfasser eingeliefert.

Auf Grund der (sehr eingehenden, Ref.) Untersuchung leidet W. an Akromegalie, er ist kein Riese, das ergeben die nervösen Störungen, und dass die Kraft der Muskeln im umgekehrten Verhältniss zur Körpergrösse steht. Es werden die nach Marie charakteristischen Endvergrösserungen der Gliedmassen, besonders Hände und Füsse, und auch unregelmässige Knochenwucherungen konstatirt. Charakteristisch ist aber vor Allem der Schädel. Der Gesichtsschädel zeigt sich bei dem trefflichen Vergleich einer Photographie aus der Zeit vor der Krankheit und einer neuangefertigten verunstaltend gewachsen. Die Zunge ist unförmig dick und fleischig. An der Sagittalnaht des Schädels eine deutliche Knochenwucherung. Diagnostisch am wichtigsten ist eine Hemianopsie (vermuthlich durch Druck der vergrösserten Hypophysis auf die Sehnerven). Die nervösen Erscheinungen, welche zur Diagnose: „traumatische Neurose" verleiteten, gehören zu den bekannten Symptomen der Akromegalie. „Jedenfalls", sagt der Verfasser, „lehrt der Fall wieder, wie sehr man in neuerer Zeit geneigt ist, wenn nur eine gewisse Anzahl ganz allgemeiner nervöser Symptome, die an und für sich für keine bestimmte Krankheit charakteristisch sind, an einen Unfall sich anschliessen, sofort an die so beliebt gewordene traumatische Neurose zu denken." Verfasser warnt dringend davor, die Diagnose der traumatischen Neurose auf Grund von Sprechstundenuntersuchung auszusprechen und führte zwei Fälle an, wo einmal die nervösen Störungen eines Diabetikers und ein ander Mal diese bei einer „cyklischen Albuminurie" als traumatische Neurose bezeichnet würden. Die jetzt bestehenden Anschauungen über das der Akromegalie zu Grunde liegende anatomische Substrat können uns nach Ansicht des Verfassers das Verständniss für den räthselhaften Krankheitsprozess nicht näher bringen, deshalb kann man die im vorliegenden Falle schwerwiegende Frage nicht mit einiger Sicherheit beantworten: „ob die Erkrankung als die Folge des Unfalls zu betrachten sei. Auffällig ist aber, dass bei der geringen Zahl der mitgetheilten Fälle sich bereits ein Prozentsatz befindet, in welchem die Erkrankung von den Beobachtern mit einer Verletzung in Zusammenhang gebracht wird!" Neben einer Anzahl von Fällen, wo Verletzung oder Schreck betont wird, führte Verfasser noch einen Fall von Möbius an, worin es sich zwar nicht um Akromegalie, wohl aber die verwandte Ostio-arthropathie hypertrophiante pneumonique handelt und schliesst daraus, dass es von Bedeutung ist, wie im Anschluss an Trauma sich gewisse der Akromegalie verwandte Wucherungsprozesse am Knochengerüst verstärken können!

Zum Schluss deduzirt der Verfasser: Die Literatur lehrt den Glauben an den Zusammenhang der Krankheit mit Trauma; im vorliegenden Falle liegt er besonders nahe; vielleicht wird bei grösserer Aufklärung die Skepsis mehr Boden gewinnen,

trotz anscheinenden Zusammenhanges zwischen Trauma und Erkrankung; vor der Hand aber kann man gegenüber den Berufsgenossenschaften keinen anderen Standpunkt einnehmen, als den: „Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und die eigenthümliche Verkettung zwischen Unfall und Erkrankung lassen die Möglichkeit eines Zusammenhanges desselben mit dem Unfalle nicht von der Hand weisen!“

Schichhold-München.

Gebührenwesen.

Der neue Entwurf einer preussischen Medizinaltaxe ist vor einigen Tagen durch die Herren Oberpräsidenten den einzelnen Aerztekammern zur Meinungsäusserung zugegangen, und somit hat der Herr Minister sein im Abgeordnetenhause gegebenes Versprechen baldigst eingelöst.

Dieser Entwurf wird in der nächsten Zeit unter den preussischen Aerzten einen Gegenstand lebhaftesten Gedankenaustausches bilden, und wir glauben, dass das Beispiel der Berlin-Brandenburger Aerztekammer bald Nachahmung finden wird, welche in der Absicht, jedem einzelnen ihrer Standesgenossen möglichst noch einmal Gelegenheit zur Verlautbarung von Beschwerden, Forderungen und Wünschen zu geben, den Entwurf an sämmtliche, Standesinteressen pflegende, Vereine des Kammerbezirks mit der Bitte um Rückäusserung bis zum 15. Mai übersendet hat.

Die neue Taxordnung entspricht insofern dem Majoritätsbeschluss der einzelnen Aerztekammern, als bekanntlich auf die Umfrage des Herrn Ministers aus dem Jahre 1893 sieben Kammern eine Minimal- und Maximaltaxe wünschten, während nur vier sich mit einer Minimaltaxe begnügten. Sie berücksichtigt ferner Forderungen, welche gerade für den allgemein praktizirenden Arzt unerlässlich sind, nämlich die höhere Honorirung der zu einer bestimmten Zeit ausserhalb des täglichen Rundgangs oder sofort auszuführenden Besuche und die Berechnung der Zeitversäumniss bei Besuchen in grösserer Entfernung von der Wohnung des Arztes innerhalb des Wohnortes.

Dass sie in manchen Positionen sowohl in ihren Minimalals in ihren Maximalsätzen den Meisten für recht verbesserungsbedürftig erscheinen wird, beweist schon Nummer 2, d. i. die Entlohnung für die auf den ersten Besuch folgenden Besuche in derselben Krankheit. Diese Position lautet 1—6 Mark. Sie schliesst sich also in ihrer Minimalbemessung genau an die Taxe von 1815 an, welche 8 Groschen, nominell also ebenfalls 1 Mark dafür ansetzt. Sie geht unter die alte Taxe aber herunter, wenn man den verschiedenen Geldwerth berücksichtigt, und noch in die Augen springender wird diese Abnahme in der Schätzung, wenn man bedenkt, dass die Taxe von 1815 bereits eine Verschlechterung der Taxe von 1802 war, welch letztere für den zweiten und die folgenden Besuche 12 Groschen, also bei Nichtberücksichtigung der Verschiedenheit des Geldwerthes 1,50 Mark zubilligte.[1]

Es wird sich bei der Erkämpfung geeigneter Taxvorschriften für die preussischen Aerzte nicht bloss um eine Erwerbsfrage handeln, nein, mit einer staatlich angeordneten zu geringen materiellen Schätzung ihrer Leistungen wird ihr Stand und ihre Person in den Augen des Publikums an Achtung einbüssen.

Deshalb ist es hocherfreulich, dass gerade im gegenwärtigen Augenblicke die mühevolle, klare und eingehende Arbeit eines Standesgenossen uns den geschichtlichen Boden für die Beweiskraft unserer Forderungen giebt.

Es ist dies ein jüngst im Verlage des bibliographischen Bureaus hierselbst erschienenes Buch des hiesigen Arztes Herrn Dr. Heinrich Joachim: Die preussische Medizinaltaxe in ihrer historischen Entwickelung, nebst einem Anhang, enthaltend den neuesten Taxentwurf des Ministers. Der Verfasser nennt sein Werk einen Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Standes und in der That ist dieses mühevolle Ergebniss ernster und hingebender wissenschaftlicher Forschung ein werthvolles Stück Kulturgeschichte.

Von der ältesten Verordnung über ärztliche Honorare, welche Kaiser Friedrich II. im Oktober 1241 an die Universität Salerno erliess, bis zur neuesten Zeit, sind alle erlassenen Gebührenordnungen in der Weise nutzbar gemacht, dass auf Grund des Vergleiches der Getreidepreise, bezw. Arbeitslöhne, der Geldwerth der einzelnen Honorarsätze ausgerechnet worden ist, wodurch überhaupt erst Vergleiche der Anschauungen verschiedener Zeitepochen über diesen Gegenstand möglich werden.

Das Resultat ist im Grossen und Ganzen ein betrübendes. Es zeigt im Wesentlichen eine fortschreitende Abnahme der Preisschätzung ärztlicher Verrichtungen.

Jedenfalls wird sich für jeden, welcher an diesem Theil der Medizinalreform mitzuarbeiten gedenkt, eine genaue Lektüre dieses Buches empfehlen. L.

Gesetze und Verordnungen.

Die medizinischen Fragen im Entwurf zum schweizer Strafgesetzbuch.

In den letzten Jahren hat es sich auf dem Gebiete der Strafrechtswissenschaften mächtig geregt. Man ging von dem Grundgedanken aus, dass die jetzige Strafrechtspflege zu sehr auf einer rein formellen Abgeltung der einzelnen Strafthat beruhe, dass man neue Wege finden müsse, um je nach der mehr oder minder gemeingefährlichen Artung des rechtsbrecherischen Individuums die Einen für die menschliche Gesellschaft zu retten, die Anderen für die staatliche Gemeinschaft und den Einzelnen unschädlich zu machen. So entstanden die Bestrebungen für die Heraufsetzung der Strafmündigkeit bei Jugendlichen und für die Ersetzung der Strafe durch staatlich überwachte Erziehung, so ergaben sich die Fragen der bedingten Verurtheilung, der Abschaffung kurzzeitiger Freiheitsstrafen, der Umänderung der Korrektionshaft und Aehnliches mehr.

Die Aerzte haben bisher sich an der Mitarbeit dieser wichtigen sozialen Probleme wenig betheiligt. Die internationale kriminalistische Vereinigung zählt nur verschwindend wenige Mitglieder unseres Berufs. Unsere Wissenschaft bietet uns in ihren verschiedenen Spezialgebieten so viel ungelöste Räthsel, dass die Arbeitskraft der tausend und abertausend Fleissigen genügend in Anspruch genommen ist.

Jüngst aber sind die Aenderungsbestrebungen in eine neue Epoche getreten, an welcher wir nicht mehr achtlos vorübergehen können. Zum ersten Mal ist ein vollständiger Strafgesetzentwurf entstanden, welcher in massvoller und kritischer Weise allen modernen Anschauungen Rechnung trägt. Das ist der Entwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuches von Professor Stooss in Bern.

Wir geben in Folgendem diejenigen Artikel wörtlich wieder, welche den Arzt hauptsächlich interessirende Fragen enthalten. Erkennbar ist zunächst schon darin die bewundernswerthe Kürze und Klarheit der Form. Auf den Inhalt der einzelnen Artikel werden wir in diesen Blättern wohl noch des öfteren zurückkommen. Er enthält eine Reihe Fragen, wie z. B. die der Unterbringung von Trinkern und der in Bezug auf eine Strafthat für unzurechnungsfähig Erklärten, zu deren Lösung auch bei uns die öffentliche Meinung drängt.

Diesmal wollen wir nur auf den Standpunkt aufmerksam machen, den der Entwurf der absichtlichen Körperverletzung gegenüber einnimmt. Hier gilt als Grundsatz, dass Derjenige,

welcher misshandelt, nicht ohne Weiteres für alle Folgen der verursachten Gesundheitsbeschädigung bestraft wird, sondern nur für solche, welche er verursachen wollte, oder die er wenigstens voraussehen konnte. Andererseits soll auch der, welcher schwer verletzen will, dann wegen des Versuches bestraft werden, wenn der Versuch misslingt.

Wie viel logischer und gerechter erscheint uns diese Art der Bestrafung als die von den Folgen abhängige, wo es oft auf die Zufälle der ersten Hilfe und der Wundheilung ankommt, ob Jemand für viele Jahre in Freiheitsstrafe verfällt, oder ganz frei ausgeht.

Dem Sachverständigen aber erwachsen aus diesen Vorschlägen eine Reihe neuer Aufgaben. Seine Thätigkeit würde in Bezug auf die Feststellung des Umfanges der Beschädigung eine wesentlich einfachere werden. Sie würde aber, wie Stooss selbst ausführt, zur wirksamen Unterstützung des Richters sein Augenmerk weit genauer als bisher darauf richten müssen, welche Rückschlüsse die Beschädigung auf die Art und die näheren Umstände der Beibringung gestattet.

Obiges möge der folgenden Wiedergabe der einzelnen Artikel als vorläufige Erläuterung dienen.

Art. 8.

Unzurechnungsfähigkeit. Wer zur Zeit der That geisteskrank oder blödsinnig oder bewusstlos war, ist nicht strafbar.

Verminderte Zurechnungsfähigkeit. War die geistige Gesundheit oder das Bewusstsein des Thäters nur beeinträchtigt oder war er geistig mangelhaft entwickelt, so mildert der Richter die Strafe unbeschränkt (Art. 37 a. E.).

Art. 9.

Untersuchung des Thäters bei zweifelhaftem Geisteszustand. Giebt der Geisteszustand des Thäters zu Zweifeln Anlass, so stellt ihn der untersuchende Richter durch ein Gutachten von Sachverständigen fest. Dies gilt insbesondere auch für Taubstumme.

Art. 10.

Verwahrung und Versorgung Unzurechnungsfähiger und vermindert Zurechnungsfähiger. Erfordert die öffentliche Sicherheit die Verwahrung eines Unzurechnungsfähigen oder vermindert Zurechnungsfähigen in einer Heil- oder Pflegeanstalt, so ordnet sie das Gericht an. Ebenso verfügt das Gericht die Entlassung, wenn der Grund der Verwahrung weggefallen ist.

Erfordert das Wohl eines Unzurechnungsfähigen oder vermindert Zurechnungsfähigen seine Behandlung oder Versorgung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, so überweist das Gericht den Kranken der Verwaltungsbehörde zur Aufnahme in eine solche Anstalt.

Ist ein vermindert Zurechnungsfähiger zu Freiheitsstrafe verurtheilt worden, und ist seine Strafzeit am Tage der Entlassung aus der Heil- und Pflegeanstalt noch nicht abgelaufen (Art. 43), so hat er den noch übrigen Theil der Strafe zu erstehen.

Art. 25.

Wirthshausverbot und Heilanstalt für Trinker. Ist ein Verbrechen auf übermässigen Genuss geistiger Getränke zurückzuführen, so kann der Richter dem Schuldigen den Besuch der Wirthshäuser für die Zeit von 1 bis 5 Jahren verbieten.

Ist der Thäter trunksüchtig und ist seine Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt geboten, so kann sie der Richter auf ärztliches Gutachten hin selbst dann anordnen, wenn der Thäter wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen wird. Das Gericht verfügt die Entlassung, sobald der Trunksüchtige geheilt ist.

Art. 53.

Kindestödtung. Eine Gebärende, die ihr Kind vorsätzlich tödtet, während sie noch unter dem Einflusse des Geburtsvorganges steht, wird mit Zuchthaus bis zu 6 Jahren bestraft.

Art. 60.

Misshandlung. Wer einen Menschen vorsätzlich an seinem Körper verletzt, an der Gesundheit beschädigt oder in anderer Weise misshandelt, wird mit Gefängniss bestraft.

Hat der Thäter eine Waffe oder ein gefährliches Werkzeug gebraucht, so wird er von Amtes wegen bestraft.

Art. 61.

Schwere Misshandlung. Wer einen Menschen vorsätzlich an einem Körpertheile oder an einem wichtigen Gliede oder Organe oder an seiner Gesundheit bedeutend schädigt oder schwächt, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft.

Wer eine solche Folge seiner Misshandlung nicht vorsätzlich verursacht, sie aber voraussehen konnte, wird mit Gefängniss von 1 bis 3 Jahren bestraft.

Art. 62.

Sehr schwere Misshandlung. Wer vorsätzlich die Gesundheit, einen Körpertheil, ein wichtiges Glied oder Organ eines Menschen zerstört, oder den Körpertheil, das Glied oder Organ zum Gebrauch untauglich macht, oder einen Menschen vorsätzlich lebensgefährlich verletzt oder arg entstellt, wird mit Zuchthaus von 3 bis 8 Jahren bestraft.

Wer eine solche Folge seiner Misshandlung nicht vorsätzlich verursacht, sie aber voraussehen konnte, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft.

Art. 63.

Misshandlung mit tödtlichem Ausgang. Stirbt der Misshandelte an den Folgen der Misshandlung, so wird der Thäter, wenn er diesen Ausgang voraussehen konnte, mit Zuchthaus bis zu 8 Jahren bestraft.

Art. 64.

Zurechnung der Folgen der Misshandlung. Hat die Misshandlung eine schwerere Folge, als der Thäter wollte oder voraussehen konnte, so wird ihm die Folge zugerechnet, die er verursachen wollte oder voraussehen konnte, und es trifft ihn die für diesen Fall bestimmte Strafe.

Art. 65.

Schlägerei. Wer an einer Schlägerei theilnimmt und nicht bloss abwehrt oder scheidet, wird mit Gefängniss bestraft; überdies finden die Bestimmungen über Misshandlung Anwendung. L.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Entscheidung vom 25. Juni 1894 über Trinkwasser auf Grund mehrfacher differirender ärztlicher Gutachten.

Mitgetheilt vom Sanitätsrath Dr. Kollm-Berlin.

Das Wasserwerk T. hat vertragsmässig die Stadt B. mit gesundem Trinkwasser zu versorgen. Es entnimmt das Wasser zum Theil sog. Kesselbrunnen, welche in geringer Entfernung von dem Flusse K. entfernt liegen. Die Entfernung des einen Brunnens beträgt nur 12 m. Als Zweifel an der Reinheit des aus diesem Brunnen kommenden Wassers entstanden, liess die Stadtverwaltung durch den praktischen Arzt Dr. Z. eine Untersuchung über die Güte des Wassers anstellen, und Dr. Z. gelangte zu dem Ergebnisse, dass das Wasser viel mehr Bakterien enthalte, als zulässig seien und dass der Gebrauch des Wassers zum Trinken nur in abgekochtem Zustande gestattet werden dürfe. Dem entsprechend erliess der Oberbürgermeister eine öffentliche Bekanntmachung. Auch der zuständige Kreisphysikus berichtete an den Regierungspräsidenten, dass das Brunnenwasser „mehr oder weniger filtrirtes“ Flusswasser sei und beantragte, das „nicht unverdächtige“ Wasser des Brunnens

bakteriologisch untersuchen zu lassen. Der Kreisphysikus berichtete später nach verschiedensten Untersuchungen, dass der verdächtige Brunnen im Ueberschwemmungsgebiete des Flusses K. liege und bei Eisgang werde überfluthet werden, da eine höhere Abdeckung bisher nicht gemacht worden sei. Seine frühere Vermuthung, dass das Flusswasser schon jetzt direkt Zugang zu dem Brunnen findet, fand er bestätigt, denn der Brunnen liege zu nahe dem Flusse, die filtrirenden Kiesschichten seien zu grobkörnig und nicht von genügender Dicke. Das Wasser des Brunnens zeigte an einem Tage 1162 Keime mit 23 verflüssigenden Mikroben, an einem zweiten 1240 Keime mit 20 verflüssigenden Mikroben. Der Sachverständige erklärte den Brunnen als absolut gebrauchsunfähig. Nachdem noch behördlicherseits eine Besichtigung an Ort und Stelle stattgefunden hatte, verbot die Ortspolizeibehörde den ferneren Anschluss des verdächtigen Brunnens an die allgemeine Wasserleitung der Stadt. Das Wasserwerk legte dagegen Beschwerde ein. Während die Beschwerde bei dem Regierungspräsidenten schwebte, wurde ein Gutachten des Privatdozenten Dr. Migula zu Karlsruhe extrahirt, welcher das Wasser als rein und zum Trinken geeignet ersah. In letzter Instanz gelangte die Sache zur Entscheidung des Ober-Verwaltungsgerichts, welches zwar das Verbot der Polizei aufrecht erhielt, aber die Gutachten des Dr. Z., des Kreisphysikus und des inzwischen noch gehörten Medizinalraths der Regierung über die Güte des Brunnenwassers verwarf, nachdem ein Gutachten des Professors Gärtner zu Jena vorgelegt worden war. Die Aufrechthaltung des Verbots stützte sich lediglich darauf, dass der Brunnen unter dem Hochwasserspiegel liege und deshalb bei Hochwasser Wasser eindringen könne, eine Gefahr, welche dadurch beseitigt werden müsse, dass der Brunnen mit seiner Umfassung bis über das höchste Hochwasser hinaus geführt werde. Im Uebrigen schloss sich das O. V. G., da Professor Gärtner „auf wissenschaftlicher Grundlage alle in Betracht kommenden Umstände einer eingehenden, genauen Prüfung unterzogen“ habe, seinem Gutachten dahin an, dass nach den bestehenden örtlichen Verhältnissen, den Temperatur- und Wasserniveaubeobachtungen, der chemischen Analyse und der bakteriologischen Untersuchung eine Verbindung des Brunnens mit dem Flusse, durch welche unfiltrirtes Wasser in den Brunnen gelange, nicht bestehe, dass das Wasser im Brunnen keimfrei sei und auch in Zukunft nicht zu besorgen sei, unfiltrirtes Flusswasser werde in den Brunnen eindringen, sofern sich die jetzigen Uferverhältnisse nicht änderten. Was nun die Methode des Professors Gärtner anlangt, so hat er bei der bakteriologischen Untersuchung sorgfältigst die Fehler seiner Vorgänger vermieden, welche die von oben hineingefallenen, beim Arbeiten hineingebrachten Bakterien nicht ausgeschaltet und in ihre Proben auch die Bakterien ihrer Rohre und Pumpen bekommen hatten. Gärtner fand demgemäss bei elf Proben im Durchschnitt nur gegen 4 Bakterien in 1 ccm Brunnenwasser; bei der Fortsetzung der Untersuchung konnte er das Wasser mit Rücksicht auf die ausserordentlich geringe Anzahl der Bakterien für keimfrei erklären. Daneben legt Gärtner grossen Werth auf die dortige Untersuchung des Wassers im Untergrunde neben dem Brunnen. Dasselbe wurde durch einen neu gesenkten keimfrei gehaltenen Rohrbrunnen erschlossen. Das Grundwasser enthielt durchschnittlich 3,2 Bakterien. Auch fand Gärtner, dass sich niemals, wenn der Fluss getrübtes Wasser in Folge von Regengüssen hatte, im Brunnen je eine Rückänderung zu spüren sei; das Wasser in demselben blieb klar, wie wohl nach seiner Ansicht 1000 der feinen Thontheilchen, welche das Flusswasser trübe machen, erst den Raum einer Bakterie einnehmen, also eher in den Brunnen gelangen müssen als Bakterien. Der Sachverständige fand ferner, dass das Grundwasser des Brunnens einem Untergrundstrome angehöre, welcher parallel dem Flusse gehe, so dass das oben zutretende Flusswasser durch die dazu geeigneten dazwischen liegenden Schichten vollkommen keimfrei filtrirt werde. Ueber den Werth der Zählung der Bakterien in reinem Trinkwasser spricht sich der Sachverständige dahin aus, dass das Grundwasser schon in relativ geringer Tiefe keimfrei sei und die Zahl der Bakterien in einem Brunnenwasser keinen absoluten Werth für die Güte des Wassers abgebe, ausser, wenn gar keine Bakterien gefunden würden. Es sei ganz ausserordentlich schwer, ohne Fehler und ohne die Bakterien selbst hineinzubringen, zu arbeiten; wohin man fasse und greife, fänden sich Bakterien; eine Anzahl von 10 werde sich deshalb in jeder Probe finden lassen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Bei einer Zellgewebsentzündung nach dem Aufladen von Ziegelsteinen liegt eine Gewerbekrankheit und nicht ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vor.

Der Kutscher Bloemer zu Köln zog sich im Betriebe des Adam Hoffmann beim Aufladen von Ziegelsteinen eine Zellgewebsentzündung des Daumens der linken Hand mit nachfolgender Eiterung zu, welche sich allmählich auf den ganzen Vorderarm fortpflanzte und den Bloemer veranlasste, in die ärztliche Behandlung des Dr. med. Noe zu treten, welcher ihn der Anstalt des Sanitätsrath Dr. Joesten zur klinischen Behandlung überwies. Der um Abgabe eines Gutachtens seitens der Sektion Köln der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft angegangene prakt. Arzt Dr. Hahn erklärte in seinem Gutachten vom 1. August 1893, dass die Erkrankung der Hand, für deren Entstehung von Bloemer ein bestimmt nachweisbares Ereigniss nicht nachgewiesen sei, als Gewerbekrankheit — hervorgerufen durch das fortwährende Auffangen der rauhen Ziegelsteine — anzusehen sei. Auf Befragen erklärte Bloemer, dass er eine Verletzung am linken Daumen nicht bemerkt habe und die Entstehung der Eiterung dem Ziegelsteinladen zuschieben müsse. Die Untersuchung ergab die fernere völlige Steifheit der Finger und des Handgelenks. Der später um ein Gutachten ersuchte Sanitätsrath Dr. Joesten konstatirte am 22. Oktober 1893, dass die Zellgewebsentzündung vollständig abgelaufen, die Wunden vernarbt seien und die linke Hand an einer fast vollständigen Versteifung leide. Um letztere zu heben, werde die Hand gegenwärtig mit Massage und passiven Bewegungen behandelt. Die Frage, ob die Verletzung auf einen Unfall im Betriebe zurückzuführen sei, kann mit Sicherheit weder bejaht noch verneint werden. Die Angabe des Bloemer, dass er sich die Entzündung durch eine am 3. Mai beim Auffangen ihm zugeworfener Ziegelsteine erlittene Verstauchung zugezogen habe, sei durchaus unglaubwürdig. Die Entzündung sei wahrscheinlich entweder durch anhaltenden oder häufigen Druck auf die Hautschwielen am Daumen oder durch infektiöse Verunreinigung einer kleinen Daumenverletzung entstanden. Der von ihm am 3. Mai 1893 beobachtete Befund habe mit Sicherheit nicht auf eine voraufgegangene Verletzung schliessen lassen. Die Zellgewebsentzündung könne dann als von einem Unfall im Betriebe herrührend betrachtet werden, wenn Kläger im Stande sei, zu beweisen, dass er sich vor Eintritt der Entzündung im Betrieb eine Daumenverletzung zugezogen habe. Die Berufsgenossenschaft lehnte sodann jede Entschädigung ab, da es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Verletzung, sondern um eine allmählich ausgebildete „Gewerbekrankheit“ handle. Das Schiedsgericht verurtheilte aber die Berufsgenossenschaft zur Rentenzahlung und führte aus, die Frage, ob die entstandene Entzündung auf einen Betriebsunfall zurückzuführen ist, war im hohen Grade zweifelhaft. Sie ist im Interesse des

Klägers bejaht worden. Dabei ist davon ausgegangen, dass Kläger, dessen Angabe einen glaubwürdigen Eindruck macht, die Krankheit auf ein bestimmtes schädigendes Ereigniss zurückführt. Er nennt dieses Ereigniss eine Verstauchung, die freilich nach den ärztlichen Gutachten die Ursache der Entzündung nicht gewesen sein kann. Doch ist es sehr wohl möglich, dass neben der Verstauchung eine unbedeutende, vom Kläger übersehene Verwundung der Hand entstanden ist, durch welche eine Infektion eintrat, die dann eine Entzündung verursachte. Nach den ärztlichen Gutachten ist diese Möglichkeit durchaus gegeben. Auf den Rekurs der Berufsgenossenschaft forderte das Reichs-Versicherungsamt ein Obergutachten vom Kreis-Physikus Dr. Esch-Waltrup ein. Letzterer äusserte sich dahin: Es liegt die Annahme näher, dass durch das häufige und andauernde Aufgreifen der Steine sich allmählich eine Zellgewebsentzündung des linken Daumens ausgebildet hat, welcher dann die Entzündung der ganzen Hand und des Vorderarmes gefolgt ist. Dass derartige Leiden an den Fingern nach solchen Verrichtungen vorkommen, hat die Erfahrung hinreichend bestätigt. Wenn durch ein bestimmtes Auffallen eines Ziegelsteines eine Quetschung oder Verstauchung der Hand herbeigeführt worden wäre, würde Verletzter solches bei der Vernehmung wohl nicht verschwiegen haben. Dass eine Wunde des linken Daumens vorhanden war, welcher die Zellgewebsentzündung ihre Entstehung verdanke, dafür geben die Akten keinerlei Anhaltspunkte. Die Verletzung des Bloemer ist daher wahrscheinlich auf eine Gewerbekrankheit zurückzuführen, demnach liegt ein Unfall nicht vor. — Auf Grund dieses Gutachtens hob das Reichs-Versicherungsamt die Vorentscheidung auf und wies den Kläger mit seinen Entschädigungsansprüchen gegen die Beklagte ab. M.

Die Weigerung eines Verletzten, sich ärztlich untersuchen zu lassen, genügt für sich allein nicht, eine einmal festgesetzte Rente einzustellen.

Der Zinkhüttenschmelzer August Wieczorek hatte von der Schlesischen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft wegen eines Unfalls durch Entscheidung des R. V. A. vom 2. Oktober 1890 eine Rente von 75 Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit bezogen. Nachdem die Berufsgenossenschaft mit Zustimmung des Schiedsgerichts die Rente eingestellt hatte, da sich der Verletzte grundlos geweigert habe, sich von einem Arzt untersuchen zu lassen, legte Wieczorek Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein. Letzteres hat den im Verhandlungstermine am 6. November 1894 erschienenen Kläger mit seiner Zustimmung der Königlichen Charité zu Berlin zur Beobachtung und Untersuchung seines Zustandes überwiesen und ein Gutachten darüber erfordert, ob seit dem Urtheile des Reichs-Versicherungsamts vom 2. Oktober 1890 in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung eingetreten und wie hoch die gegenwärtige Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zu schätzen sei. Als sodann Stabsarzt Barth ein Gutachten erstattet hatte, verurtheilte das Reichs-Versicherungsamt am 27. Februar 1895 unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsrath Hoffmann die Beklagte zur Weiterzahlung einer Rente von 75 Prozent und zwar mit folgender Begründung: Durch das erwähnte Urtheil des Reichs-Versicherungsamts vom 2. Oktober 1890 ist dem Kläger wegen des mit dem Unfalle im ursächlichen Zusammenhange stehenden Leidens der Schüttellähmung eine Rente von 75 Prozent einer solchen für völlige Erwerbsunfähigkeit zugesprochen worden. Die Beklagte hat diese Rente herabgesetzt, weil der Kläger, dessen Zustand nach Berichten genossenschaftlicher Vertrauensmänner sich gebessert haben sollte, ohne triftigen Grund der ihm ertheilten Weisung, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, nicht nachgekommen ist. Bei diesem Verhalten des Klägers war allerdings die Beklagte berechtigt, den nach Lage der Verhältnisse zulässigen, für den Verletzten ungünstigsten Schluss bezüglich einer Aufbesserung seines in Folge des Unfalls zurückgebliebenen Zustandes zu ziehen. Diese Schlussfolgerung ist aber nur so lange sachlich berechtigt, als sie nicht durch entgegenstehende Thatsachen widerlegt wird. Es ist bereits in der angezogenen Rekursentscheidung hervorgehoben worden, dass grundlose Weigerung des Rentenempfängers, sich untersuchen zu lassen, nicht dazu führen darf, gewissermassen zur Strafe die Rente zu ermässigen oder einzustellen. Darnach hatte das Reichs-Versicherungsamt im vorliegenden Falle nicht nur die Schlüssigkeit der Annahme einer eingetretenen Besserung zu prüfen, sondern auch die dagegen vorgebrachten Beweismittel zu würdigen. Da nun das zu entschädigende Leiden, Schüttellähmung (paralysis agitans), als unheilbar gilt, wie Dr. Krawczynski in Breslau in seinem Atteste vom 2. Juni 1893 bestätigt, so erscheint schon hiernach die Annahme einer eingetretenen Besserung nicht gerechtfertigt. Jedes in dieser Hinsicht noch bestehende Bedenken wird durch das Gutachten des Dr. Barth vom 22. November 1894 beseitigt, da dieser Arzt nach eingehender Beobachtung des Klägers das Vorhandensein dieses auch nach ihm unheilbaren, vom Kläger nicht simulirten Leidens bestätigt hat. Darnach mussten die Vorentscheidungen nach Widerlegung der ihnen zu Grunde liegenden Annahmen aufgehoben und die frühere Entschädigung wieder gewährt werden. Die dabei in Erwägung gekommene Frage, ob die frühere Entschädigung wegen der dem Kläger zur Last fallenden grundlosen Weigerung, sich untersuchen zu lassen, erst von einem späteren Zeitpunkte wieder zu gewähren sei, war verneinend zu entscheiden. Denn nicht diese Weigerung des Verletzten ist es, die die Minderung oder Einstellung der Rente als Strafe zur Folge hat; vielmehr ist diese Minderung oder Einstellung der Rente nur dann gerechtfertigt, wenn eine sachgemässe Würdigung der Verhältnisse, unter denen allerdings auch die Weigerung des Verletzten, sich untersuchen zu lassen, sachgemässe Berücksichtigung zu finden hat, eine wesentliche Besserung oder Beseitigung des Leidens begründet erscheinen lässt. Da eine solche Begründung im vorliegenden Falle nicht gegeben werden kann, steht dem Kläger der Anspruch auf ungeschmälerten Fortbezug der ihm rechtskräftig gewährten Rente zu. M.

Bücherbesprechungen.

Engelmann, Dr. Th. Zur Reform des Irrenrechts. München, J. Schweitzer. 1894.

Eine kurze, aber inhaltsreiche Schrift, die Ausarbeitung eines in einer juristischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages, welche für den Arzt sehr lesenswerth ist.

Sie bietet ihm in klaren, knappen Zügen alles das, was er zur Bildung eines eigenen Urtheils betreffs der übertrieben aufgebauschten Forderungen zur Reform unseres Irrenwesens braucht, nämlich: eine rechtvergleichende Schilderung der gegenwärtig in Deutschland bestehenden Gesetzesvorschriften, die objektive Kritik eines Fachmannes über die Verbesserungsfähigkeit und den Ausbau der vorhandenen Bestimmungen und die Formulirung bestimmter Vorschläge für die nächstliegenden Ziele.

Wenn wir in dem Büchlein etwas vermissen, so ist es folgendes: Verfasser erwähnt zwar neben den Reichsgesetzen die gesetzlichen Vorschriften der Einzelstaaten, von den neben den eigentlichen Gesetzen bestehenden Verordnungen aber nur die bayerischen, während gerade die oberbehördlichen Verfügungen in anderen deutschen Ländern, wie z. B. in Preussen und in Württemberg, das Gesetz zu ergänzen streben.

Verfasser unterscheidet zwei Arten von Reformern: 1. kundige Männer, welche die zweifellos im gegenwärtigen Rechtszustande vorhandenen Lücken nach Massgabe des Bedürfnisses auszufüllen streben,

2. frivole Schreier, bei deren Schriften schon die indianergeschichtenartigen Titel einen genügenden Schluss auf den Inhalt zulassen.

Von den gemachten ernsthaften Reformvorschlägen verwirft er zunächst die Mitwirkung des Laienelements im Entmündigungsverfahren. Er macht darauf aufmerksam, wie man überall in der Rechtspflege mit Ausnahme der Handelsgerichte mit demselben ungünstige Erfahrungen gemacht habe; er citirt den von einem der kritiklosesten Brochurenverfasser oft als Autorität angerufenen Ihering, welcher in seinem „Zweck im Recht" von den Geschworenen sagt:

Ohne Kenntniss des Rechts, die nur das Studium, ohne den Gesetzlichkeitssinn, den nur der Stand, ohne die Selbstständigkeit des Urtheils, die nur die Uebung auszubilden vermag, setzen sich die Männer aus dem Volk auf die Bank — gute Leute, aber schlechte Musikanten, Bürgersoldaten der Rechtspflege; ein richtiger Soldat ist mehr werth als ein Dutzend Bürgersoldaten. —

Die Bestimmung, dass die Vernehmung des zu Entmündigenden unterbleiben kann, wenn sie „schwer ausführbar" ist, hält er für zu locker umgrenzt und wünscht eine genauere Festsetzung.

Das Fortbestehen der Nichtzustellung des Entmündigungsbeschlusses an den Entmündigten hält er auf Grund ärztlicher Ausführungen auch weiterhin für nothwendig. Sinngemäss, sagt er, dürfte aber dann auch die Ablehnung eines eventuellen Wiederaufhebungsantrages dem Kranken nicht direkt mitgetheilt werden, sondern es müsste dies in geeigneter Weise durch den Kurator geschehen.

Referent möchte auf Grund eigener Erfahrung meinen, dass es für die meisten Kranken nicht nachtheilig, für manche sogar in Bezug auf spätere Bitterkeit gegen Angehörige vortheilhaft wäre, wenn auch der Entmündigungsbeschluss selbst in geeigneter Form durch den Kurator ihnen kundgegeben würde und dass, wo dies nicht angängig ist, der Grund durch Zeugenberichte oder Gutachten gerichtskundig gemacht werden solle.

Mit Recht bezeichnet E. es ferner als einen Mangel, dass das Gesetz kein Mittel hat, den auf freiem Fusse befindlichen Kranken, welcher der gerichtlichen Vorladung im Entmündigungsverfahren nicht Folge leistet, zum persönlichen Erscheinen bei den Sachverständigen und vor dem Richter zu zwingen.

Die Verfügungen über die Aufnahme in Irrenanstalten und über die Beaufsichtigung derselben hält er in Bayern für die öffentlichen Irrenanstalten für ausreichend, für Private fehlen sie vollständig.

Deswegen und zur Erzielung der Rechtseinheit wünscht er eine gesetzliche Regelung.

Zu dieser gehöre die Schaffung einer Centralstelle zur Ueberwachung des gesammten Irrenwesens, ferner die sofortige, ohne umständliches Verfahren zu vollziehende Einsetzung eines Beistandes für jeden in eine Anstalt aufgenommenen Kranken.

Bei Visitationen von Irrenanstalten durch Aufsichtskommissionen hält er für unerlässlich, dass mindestens ein Mitglied einer solchen Abordnung irrenärztlich vorgebildet sei.

Ein vollständiges Irrengesetz müsse auch Vorschriften über die Ueberwachung der in Privatpflege befindlichen Irren enthalten. Zur wirksamen Durchführung dieser letzteren gehöre allerdings auch die nicht unbedenkliche Massregel der Anzeigepflicht einer Geistesstörung seitens der Familienmitglieder. L.

Tagesgeschichte.

Abkommen zwischen Berufsgenossenschaft und Aerztekammer.

Der Vorstand der Berlin-Brandenburger Aerztekammer hat in Ausführung eines Beschlusses der Kammer soeben einen Vertrag mit der Brandenburger landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft geschlossen, wonach jeder Arzt der Provinz als Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft angesehen werden soll, sobald er sich folgenden Bedingungen fügt: Er stellt auf Erfordern am Ende der dreizehnten Behandlungswoche event. auch früher nach einem vorgeschriebenen Formular Gutachten über Unfallbeschädigte aus. Dafür erhält er 5 Mk., für fernere Aeusserungen über denselben Fall 3 Mk. Stimmt seine Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit nicht mit der von etwa hinzugezogenen technischen Sachverständigen, so giebt zunächst der Kreis- bezw. Bezirksphysikus ein weiteres Gutachten (Honorar 6 Mk.). Weichen dann die beiden ärztlichen Gutachten von einander ab, so wird von Fall zu Fall seitens der Kammer ein Obergutachter benannt, dessen Honorirung nicht fixirt ist.

Dieses Abkommen, welches dem der Aerztekammer der Rheinprovinz mit der dortigen Landwirthschaftsberufsgenossenschaft abgeschlossenen ähnlich ist, wird gewiss von den Aerzten trotz der bescheidenen Entlohnung als ein Beweis des Vertrauens zum gesammten Aerztestande mit Anerkennung begrüsst werden.

Gegentheilige Gutachten.

Durch zwei unserer Fachblätter zieht sich gegenwärtig eine Polemik, welche an eine gegen einen Kollegen gerichtete Anklage wegen fahrlässiger Tödtung anknüpft. Es handelt sich um eine Frage, von deren günstiger oder ungünstiger Beantwortung das Schicksal eines angeschuldigten Arztes schon wiederholt abhing, in wie weit nämlich ein Operateur für die Durchstossung der Gebärmutterwand bei der Auskratzung verantwortlich ist.

Begonnen wurde der Streit von einem der Medizinalbeamten, die obducirt hatten, welcher an drei zur Verhandlung zugezogene Universitätsprofessoren einen „offenen Brief" richtete, in dem er das dem seinen gegentheilige Gutachten derselben kritisirte; fortgesetzt wurde er von einem bei der Sache nicht betheiligten Facharzte, welcher den Angegriffenen als freiwilliger Vertheidiger augenscheinlich ohne besonderen Auftrag diente.

In seiner neuesten Veröffentlichung ruft der erstgenannte Herr aus: „Die Freisprechung des Dr. X. verletzt nicht nur das Gerechtigkeitsgefühl des urtheilsfähigen Publikums, sondern schädigt das Ansehen des ärztlichen Standes".

Wir haben uns bei der grundsätzlichen Wichtigkeit des Falles sofort nach dem Bekanntwerden die Mitarbeiterschaft eines mit den Thatsachen vertrauten Gynäkologen gesichert.

Mit Recht will uns dieser Herr das von ihm abgefasste Gutachten erst dann zur Verfügung stellen, wenn er in Erfahrung gebracht haben wird, dass die Angelegenheit, was sie bisher nicht war, endgültig res judicata ist.

Dergleichen vorzeitige öffentliche Erörterungen fördern weder die Würde des ärztlichen Standes noch die erste Grundlage jeder Sachverständigenthätigkeit: die Objektivität.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker, Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 9. Ausgegeben am 1. Mai.

Die gerichtlich-medizinische Beweisführung bei Unfallverletzten.

Von

Sanitätsrath Dr. L. **Becker**-Berlin.

Die Aufgabe des gerichtlich-medizinischen Sachverständigen vor den gewöhnlichen Gerichten besteht darin, dem Richter diejenigen Unterlagen und Beweismomente an die Hand zu geben, welche er zur Fällung seines Richterspruches bedarf, und deren Aufdeckung eben nur technische, in diesem Falle also ärztliche Sachkenntniss und Erfahrung vermitteln kann. Im Allgemeinen wird hier der Sachverständige gut thun, und alle Lehrbücher der gerichtlichen Medizin geben ihm diesen Rath, die Schlussfolgerungen aus den von ihm festgestellten thatsächlichen Verhältnissen dem Richter zu überlassen.

Etwas anders ist die Stellung des ärztlichen Sachverständigen bei der Mitwirkung zur Ausführung der Gesetze über die Unfallversicherung. Da sind die dem Sachverständigen vorgelegten Fragen ganz bestimmter Natur, da wird derselbe von den ausführenden Organen des Gesetzes, den Berufsgenossenschaften, den Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsamt nicht allein nach dem vorliegenden ärztlichen Thatbestande befragt, sondern er wird auch direkt aufgefordert, aus den Ergebnissen der Untersuchung seine Schlussfolgerungen zu ziehen und direkt selbst sein präzises Urtheil abzugeben über die Verwerthung des ärztlichen Thatbestandes für den Ausfall der Beurtheilung in dem streitigen Falle. Das sachverständige ärztliche Urtheil in Unfallsachen steht daher viel höher, ist daher von viel einschneidenderer Bedeutung für den Betroffenen und bedingt daher auch eine viel weitgehendere Verantwortlichkeit als das ärztliche Gutachten vor den gewöhnlichen Gerichten. Hier ist eben die ärztliche Seite der Streitfrage die ausschlaggebende.

Zwei Fragen sind es nun ganz besonders, welche der Arzt in seinen Gutachten über Unfallverletzte zu beantworten hat, erstens wieviel der Verletzte durch die Folgen seines Unfalls in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist und zweitens ob die schliesslich resultirende Erwerbsunfähigkeit mit der erlittenen Verletzung in einem ursächlichen Zusammenhange steht. An diese beiden Fragen krystallisiren sich alle andern gewissermassen an.

Die Frage nach dem Grade der theilweisen Erwerbsunfähigkeit eines Verletzten wurde wohl früher schon, und auch jetzt von anderer Seite, von den gewöhnlichen Gerichten, von den Militärbehörden und auch von Versicherungsgesellschaften dem ärztlichen Sachverständigen vorgelegt. Aber diesen Behörden beziehungsweise Anstalten gegenüber genügte die Beantwortung in unbestimmter gehaltenen Ausdrücken, wie „theilweise“ oder „grösstentheils“. Bei der Begutachtung Unfallverletzter werden wir aber aufgefordert, den Grad der theilweisen Erwerbsunfähigkeit anzugeben „in Prozenten der früheren Erwerbsfähigkeit“. Die meisten Berufsgenossenschaften mit Ausnahme einiger, welche allzu eifrig auf ihr Selbstbestimmungsrecht pochen, verlangen diese bestimmte Ausdrucksweise vom Arzt; die Schiedsgerichte verlangen dieselbe; und das Reichs-Versicherungsamt, die oberste richterliche Instanz in Unfall-Versicherungs-Angelegenheiten, hat in seinen Erkenntnissen wiederholt die Forderung aufgestellt, dass das ärztliche Gutachten die prozentuale Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit ausspreche. In einer Rekurs-Entscheidung dieser höchsten Behörde in Unfallsachen heisst es ausdrücklich: „Die überzeugende Kraft und die Verwerthbarkeit eines Gutachtens für die Entscheidung sei dadurch wesentlich beeinträchtigt und erschwert; dass dasselbe, wiewohl es in Bezug auf einen Betriebsunfall für eine Berufsgenossenschaft bestimmt ist, die Arbeitsfähigkeit des Verletzten nur ‚in erheblichem Grade‘ als beschränkt bezeichnet, anstatt im Hinblick auf die Bestimmung des § 5 Ziffer 2b des Unfall-Versicherungsgesetzes den Bruchtheil, in welchem die Erwerbsfähigkeit verblieben ist, bestimmt anzugeben.“ — Wie führen wir nun den Beweis, dass ein Unfallverletzter durch eine bestimmte Verletzung und deren Folgen einen bestimmten Bruchtheil seiner früheren Arbeitsfähigkeit eingebüsst hat? Da ist allerdings ein verständnissvolles Eingehen in die Fähigkeiten und körperlichen Leistungen der gewerblichen Arbeiter nothwendig; man muss sich bekannt machen mit den einzelnen Handleistungen und Verrichtungen der verschiedenen Kategorien der arbeitenden Klasse. Man muss sich die Funktionen der einzelnen Glieder und Körpertheile und des Gesammt-Organismus vor Augen führen, welche zur Arbeitskategorie des betreffenden Individuums erfordert werden. Und dann muss man unter Berücksichtigung der einschlägigen Verhältnisse die Summe aller der Funktionen, welche der Verletzte durch die Folgen seines Unfalls verloren

hat, zusammenzählen, und sie in überlegter Weise von dem früheren Leistungsmass abziehen. Das ist gewiss kein ganz leichtes Rechenexempel; aber es lässt sich lösen durch ein sinngemässes Eingehen auf die vorliegenden Verhältnisse, durch Uebung und durch Berücksichtigung der nunmehr schon zahlreich vorliegenden Entscheidungen, aus welchen sich allmählich eine gewisse allgemeingiltige Schätzung der häufiger wiederkehrenden Schäden ergeben hat. Dass aber die genaueste zahlenmässige Abschätzung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit durch die Folgen von Unfällen ausgeführt werden kann, lernen wir aus dem vorzüglichen Werk von Magnus über die Berechnung von Unfallbeschädigungen der Augen.

Sehr viel schwieriger als diese zahlenmässige Schätzung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten ist die Beweisführung über den ursächlichen Zusammenhang der später eintretenden Erwerbsunfähigkeit mit der unmittelbar nach dem Unfall festgestellten Verletzung. Auch diese Frage wird dem ärztlichen Sachverständigen zu präziser Beantwortung von den ausführenden Organen der Unfall-Versicherungsgesetze, von den Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsamt vorgelegt, und diese Frage an den ärztlichen Sachverständigen kann in streitigen Fällen selbst von den eifersüchtig auf das Recht ihrer Selbstbestimmung haltenden Berufsgenossenschaften nicht umgangen werden. Sie kann nur vom Arzt beantwortet werden; und der sachverständige Arzt fällt mit der Beantwortung dieser Frage den eigentlichen Richterspruch über den Verletzten. Je grösser die Verantwortlichkeit in der Entscheidung dieser Frage für den Sachverständigen ist, um so mehr muss derselbe sich klar sein über die Beweisführung, welche ihm hier zu Gebote steht, und über die Schwierigkeiten, welche hier zu überwinden sind, denn nicht allein er selbst muss über den fraglichen Kausalnexus klar sein, sondern er muss auch im Stande sein, denselben gegebenenfalls dem Laien, der Behörde plausibel zu machen.

Um den Gang der Beweisführung für den ursächlichen Zusammenhang der Folgen einer Verletzung mit dem erlittenen Unfall klar zu stellen, ist es erforderlich, nicht nur die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zu kennen, sondern auch die Kommentare, welche die berufene Behörde, das Reichs-Versicherungsamt, zu diesen gesetzlichen Bestimmungen gegeben hat. Erst wenn er diese kennt, kann der Sachverständige wissen, wie die ihm vorgelegten Fragen gemeint sind. Also das Unfall-Versicherungs-Gesetz bestimmt im § 1: Die Arbeiter etc. „werden gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert“. In Auslegung dieser gesetzlichen Bestimmung hat nun das Reichs-Versicherungsamt in mehrfachen Erkenntnissen und auch erst neuerdings wieder den Grundsatz aufgestellt, dass die Körperverletzung oder der Tod eines Versicherten als die auf Grund der Unfallversicherungsgesetze zu entschädigende Folgen eines Betriebsunfalls dann anzusehen ist, wenn Unfall und Verletzung beziehungsweise Tod in einem ursächlichen Zusammenhange mit einander stehen. Dieser Zusammenhang ist jedoch — das wird ausdrücklich betont — nicht nur dann gegeben, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache der Körperbeschädigung ist, diese also aus den unmittelbaren Folgen des Unfalls nach der Körperbeschaffenheit des Verletzten sich von selbst entwickelt, sondern auch dann, wenn die Körperbeschädigung nur eine mittelbare Folge des Unfalls ist, sei es in der Weise, dass dieselbe ihren Grund hat in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Masse begünstigt worden ist, oder in der Weise, dass die Körperbeschädigung durch besondere, äusserlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen, zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebniss wesentlich mitbestimmenden Masse ausgesetzt worden ist.

Suchen wir nun nach denjenigen Momenten, welche den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit bezw. Tod beeinflussen können, so treten solche schon in erster Linie bei der Entstehung des Unfalls zu Tage. Schon die Vorgänge, welche zu der Unfall-Verletzung oder zu dem Tode durch einen Unfall geführt haben, können für die ärztliche sachverständige Beweisführung in Betracht kommen. Bekanntlich ist ein Betriebsunfall nach der Definition des Reichs-Versicherungsamtes jede in plötzlicher Entwickelung bei der Betriebsarbeit auftretende Körperbeschädigung, und zwar sind nicht nur äussere Verletzungen, sondern auch krankhafte innerorganische Vorgänge physischer wie psychischer Natur als Unfallbeschädigungen anzusehen, wenn sie durch ein plötzliches äusseres Ereigniss im Körper des Betroffenen hervorgerufen werden. Da kommen nun schon verschiedene Erkrankungen vor, deren Entstehung Gegenstand der ärztlichen Beweisführung werden können. Die bekanntesten Erkrankungen dieser Art und auch die umstrittensten sind die Bruchschäden. Jeder Arbeiter, welcher sich bei der Arbeit einen Bruchschaden zuzieht, hält denselben für einen entschädigungspflichtigen Unfall. Und da tritt alsbald für die ärztliche Beweisführung die Frage auf, 1. ist der Bruch thatsächlich bei der Arbeit plötzlich entstanden und 2. ist die angeschuldigte Ursache nach ärztlicher Anschauung wirklich im Stande gewesen, die Veranlassung zur Entstehung des Bruches abzugeben. Gegenüber der nicht allein im Laienpublikum über die Bezeichnungen „Bruchanlage“ und „ausgebildeter Bruch“ herrschenden Unklarheit und Konfusion hat bekanntlich das Reichs-Versicherungsamt in mehreren Erkenntnissen sehr klar Stellung dahin genommen, dass es sagt: Nicht die bestehende Anlage zu einem Leistenbruche, sondern das sogenannte Austreten des Bruches, d. h. eines Theiles der Eingeweide durch die Bruchpforte des Leistenkanals, ist die die Gewährung der Entschädigung nach dem Unfallversicherungsgesetz bedingende Thatsache; sodann legt es dem Arbeiter die Beweispflicht für den den angeblichen Unfall ergebenden Hergang und Zusammenhang auf, indem es eine dem vollen, zwingenden Nachweise sich möglichst nähernde Häufung von Wahrscheinlichkeits-Umständen verlangt; und endlich muss das angeschuldigte Betriebsereigniss so geartet sein, dass es mit mehr als betriebsüblicher Anstrengung verbunden war, um als Ursache für den Austritt des Bruches nach wissenschaftlichen Grundsätzen und praktischer Erfahrung angesehen werden zu können. — Hier den ursächlichen Zusammenhang herauszufinden und zu beurtheilen, ob durch das fragliche Betriebsereigniss der Austritt des Bruches in der That verursacht worden ist, oder ob nicht bloss ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen des Bruchaustrittes mit dem fraglichen Betriebsereigniss vorliegt, — das ist eben im einzelnen Falle Sache der ärztlichen Beweisführung.

Weitere Erkrankungen, deren ursächlicher Zusammenhang mit einem Unfall schon bei ihrer Entstehung strittig wird, sind Lungenblutungen. Auch in diesen Fällen handelt es sich in ähnlicher Weise wie bei den Brüchen um die Frage, ob eine das übliche Maass der Betriebsarbeit irgendwie übersteigende körperliche Anstrengung des Untersuchten, sei er nun vorher ganz gesund oder sei er auch schon mit einem Lungenleiden behaftet gewesen, dem Blutsturz vorhergegangen

ist, und ob dieser anderweitig festzustellende Vorgang nach medizinischer Erfahrung und Anschauung als Ursache des Blutsturzes angesehen werden muss.

Ebenso ist bei den im Betriebe vorkommenden Schlaganfällen das ursächliche Moment der Entstehung derjenige strittige Punkt, welcher zur Beweisführung gestellt wird. Auch hier handelt es sich darum, ob die nachgewiesene Veranlassung nach medizinischer Kenntniss und Erfahrung dazu angethan war, den Schlaganfall zu verursachen, oder ob dieselbe als eine gewöhnliche Entwickelung einer dem Erkrankten bezw. Getödteten innewohnenden natürlichen Krankheitsanlage aufzufassen sei. — Die mannigfachsten Krankheiten können auf diese Weise schon wegen ihrer Entstehung in ursächlicher Verbindung mit einem Unfall zum Gegenstande ärztlicher Beweisführung werden. So wurde es in einem Falle fraglich, ob Milzbrand bei einem Arbeiter durch Verarbeitung von Thierhaaren entstanden war, und zwar ob die Ansteckung durch eine vorhandene äussere Hautverletzung entstanden sei, oder durch Einathmung. — So erkannte das Reichs-Versicherungsamt in einem Falle die Vernichtung des Süsswasservorraths als einen Betriebsunfall im Sinne des Seeunfallversicherungsgesetzes an und die Zwangslage, brakiges Trinkwasser zu trinken, als Ursache des Skorbuts, an dem ein Kapitän starb.

Am schwierigsten wird die Beweisführung für die Entstehungsursache bei den im Betriebe vorkommenden plötzlichen Todesfällen. Da muss der ärztliche Sachverständige die begleitenden Umstände des Unfalls, wie sie sich aus den Unfall-Anzeigen, aus den Protokollen der Ortspolizeibehörde und aus den gerichtlichen Zeugenvernehmungen ergeben, zu seiner Beweisführung herbeiziehen, und vor Allem als wichtigstes Aufklärungsmittel den Obduktionsbefund.

Bei den bisher genannten Fällen war es allein schon die Entstehungsursache, welche beim Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges der ärztlichen Begutachtung unterlag. Wenn dieser unmittelbare Kausalnexus des Unfalls mit der entschädigungspflichtigen Körperbeschädigung ausser Zweifel steht, so kommt in zweiter Linie der weitere Verlauf der Verletzung in Frage. Derselbe wird bei gesunden Individuen in der Regel ein normaler, schablonenhafter sein und dann wird seine Beurtheilung keine Schwierigkeiten bieten. Anders verhält es sich, wenn die eigenthümliche Körperbeschaffenheit des Verletzten einen ungewöhnlichen Verlauf der Verletzung und ungewöhnliche Folgen der vielleicht anfangs nur gering scheinenden Verletzung mit sich bringt. Da wird alsbald die entschädigungspflichtige Partei, d. i. die Berufsgenossenschaft, sich auf den Standpunkt stellen, dass sie für diese ungewöhnlichen Folgen nicht regresspflichtig zu machen sei, weil dieselben nach ihrer Ansicht weniger mit der Unfallverletzung als mit dem Leiden, welches der Verletzte schon früher hatte, in ursächlichem Zusammenhange stehen. In Bezug auf dieses Verhältniss spielen eine Hauptrolle die tuberkulösen Erkrankungen.

Ich möchte den Umriss einer solchen Beweisführung geben in einem Falle, der mir selbst unlängst in meiner Unfallpraxis vorgekommen ist: Ein bisher anscheinend ganz gesunder Arbeiter erleidet beim Tragen einer grossen Holzkiste auf dem Kopfe einen Ruck und Stoss gegen denselben, nach welchem er über heftige Kopfschmerzen klagt; alsbald tritt auch Erbrechen ein; dazu gesellt sich in den nächsten Tagen Frösteln, Benommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl. Da diese Krankheitserscheinungen zunehmen, geht er acht Tage nach dem Unfall ins Krankenhaus. Hier konstatirt der Arzt zwar noch klares Bewusstsein, aber doch schon taumelnden Gang, Schmerzhaftigkeit des Kopfes und der Halswirbel beim Beklopfen, Steifigkeit der Bewegungen des Kinns, Fieber, Zittern des ganzen Körpers und Pulsverlangsamung, also alle Erscheinungen einer Hirnhautentzündung, — aber auch Schallverkürzung und klangloses Rasseln über der rechten Lungenspitze. Unter den fortschreitenden Erscheinungen der Meningitis stirbt der Mann sechs Tage nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus, also vierzehn Tage nach der Kopfverletzung, und die Sektion ergiebt den Befund einer „ziemlich frischen tuberkulösen Hirnhautentzündung, ferner in beiden Lungenspitzen alte, zumeist verheilte, tuberkulöse Herde“. — Wie soll nun dieser Krankheitsverlauf und Sektionsbefund in Bezug auf den Kausalnexus zwischen Tod und Unfall gedeutet werden? Der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft gab sein Gutachten dahin ab, dass der Mann an einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung gestorben sei, dass aber diese Krankheit in keinem ursächlichen Zusammenhange stände mit dem Unfall; denn dagegen spreche schon die kurze Zeit (14 Tage) des Krankheitsverlaufs; es könne nur ein zufälliges Zusammentreffen des Unfalls mit der Hirnhautentzündung angenommen werden. Auf dieses Gutachten hin verweigerte die Berufsgenossenschaft den Hinterbliebenen die Auszahlung der Rente. Auf deren Berufung überwies das Schiedsgericht mir den Fall zur Begutachtung und ich bin zu einem anderen Resultat gekommen als der Vorgutachter. Ich führte in meinem Gutachten aus, dass der Verletzte ein tuberkulöses Individuum gewesen ist, wie das zuerst schon bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus durch Feststellung von „Schallverkürzung und klanglosem Rasseln über der rechten Lungenspitze“ konstatirt wurde. Erfahrungsgemäss, so führte ich in meinem Gutachten weiter aus, tragen nun sehr viele Menschen, ohne dass sie es wissen und ohne dass sie dadurch in ihrer Leistungsfähigkeit oder in ihrem Gesundheitszustande überhaupt wesentlich beeinflusst werden, kleinere tuberkulöse Krankheitsherde an einzelnen Körperstellen, besonders in ihren Lungen mit sich. Solche tuberkulösen Herde können viele Jahre bestehen, ohne den Gesundheitszustand erheblich zu alteriren; ja sie können auch unter sonstigen günstigen Lebensbedingungen verheilen. Dagegen bilden diese tuberkulösen Herde eine Quelle der Infektion für anderweitig erkrankende Organe und besonders für durch Verletzungen in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächte Körpertheile. So erkranken die Lungen nach einer starken Quetschung der Brust durch Infektion aus älteren Tuberkelherden an Lungentuberkulose; so erkranken kontusionirte Gelenke durch Infektion aus einem älteren Tuberkelherde an tuberkulöser Gelenkentzündung, weil eben die verletzten Theile ihre Widerstandsfähigkeit gegen das in den Blutbahnen cirkulirende tuberkulöse Gift eingebüsst haben und einen guten Nährboden abgeben für die Ansiedelung der pathogenen Keime. Nach Analogie dieser wissenschaftlich und erfahrungsgemäss beglaubigten Thatsachen müsste man auch in unserm Falle mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der Verstorbene in Folge des Stosses, welchen er am 28. September 1893 gegen seinen Kopf erlitten, alsbald durch eine Gehirnerschütterung sich eine Hirnhautentzündung zugezogen hat, die eben bei ihm, als einem mit tuberkulösen Herden behafteten Individuum, eine tuberkulöse Hirnhautentzündung war, wie sie sich bei der Sektion entpuppte. Der Einwurf, dass der Zeitraum von vierzehn Tagen zwischen Trauma und Tod zu kurz sei für die Entwickelung einer traumatischen Meningitis, wird ausreichend widerlegt durch die einschlägigen Untersuchungen und kasuistischen Mittheilungen von Hilbert, v. Salis, Baumgarten und Amstein. Nach Alledem musste der Tod des Verletzten als eine Folge der am 28. September erlittenen Kopfverletzung angesehen werden. Das Schiedsgericht erkannte nach meinem Gutachten. —

Einen zweiten Fall einer tuberkulösen Erkrankung will

ich noch kurz anführen, weil er gewissermassen als typisches Beispiel für zahlreiche andere dienen kann: Ein 47 Jahre alter Fabrikarbeiter erlitt durch Fall von einer zwei Fuss hohen Bank eine Quetschung des rechten Schultergelenks; im Anschluss an diese anfangs gering erscheinende Verletzung stellte sich eine Entzündung im rechten Schultergelenk ein, die langsam zur Zerstörung der Gelenkknochen führte, und auf die Disposition des Kranken und die erbliche Anlage (Schwindsucht beider Eltern) umsomehr zurückzuführen war, als der Verletzte selbst vor Jahren an einer Lungenblutung gelitten hatte. Die Berufsgenossenschaft stellte die dem Verletzten anfangs gewährte Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf eines Jahres ein, „weil, wie sie ausführte, durch diesen langen Verlauf des Leidens der Beweis geliefert sei, dass lediglich die erbliche Anlage des Verletzten zur Tuberkulose, nicht aber der Unfall die Ursache des jetzt noch bestehenden Siechthums sei." Das Reichs-Versicherungsamt hat dem entgegen in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht dem Verletzten die volle Rente zugebilligt, und zwar aus folgenden Gründen: „Thatsache ist, dass der Kläger den Unfall im Betriebe erlitten hat, und dass in Folge hiervon seine Erwerbsfähigkeit aufgehoben wurde. Allerdings hat nach dem Gutachten der Aerzte die für einen normalen Menschen geringfügige Verletzung bei dem Verletzten aus dem Grunde schlimme Folgen gehabt, weil derselbe schon vorher krank veranlagt war; nichtsdestoweniger bleibt die Thatsache bestehen, dass nach der übereinstimmenden Ansicht der Aerzte der Verletzte ohne die durch den Unfall erlittene Verletzung trotz seiner krankhaften Konstitution, noch lange Jahre seine Familie hätte ernähren können, dass also der Unfall den Verlust der Erwerbsfähigkeit hervorgerufen hat.

Von allen Krankheiten, die den weiteren Verlauf einer Unfall-Verletzung bestimmend beeinflussen, sind diese tuberkulösen Erkrankungen die häufigsten, — und gerade sie geben am meisten Grund zu streitigen Auffassungen in Bezug auf den ursächlichen Zusammenhang. Immer wieder liest man in den Gegen-Ausführungen der Berufsgenossenschaften: „Der Mann ist in Folge seiner Schwindsucht erwerbsunfähig, aber nicht in Folge seiner Verletzung." Dagegen kann man doch aber schon von allgemein menschlichem Standpunkte unmöglich den Arbeiter, welcher, ob bewusst oder unbewusst, mit irgend welchem Leiden behaftet, sich seiner Arbeit widmet, es entgelten lassen, wenn eine Unfallverletzung den Anstoss dazu giebt, dass dieses Leiden zu vollster Entwickelung kommt. Ich meine, es entspricht nur dem allgemeinen Rechtsgefühl, wenn die Entwickelung schlummernder Krankheitskeime und die Verschlimmerung eines schon vorhandenen Leidens durch eine Unfallverletzung genau für ebenso entschädigungspflichtig erachtet wird, wie die Folgen einer Verletzung bei einem ganz gesunden Menschen. Dem entsprechend hat das Reichs-Versicherungsamt in seinen Erkenntnissen mehrfach den Grundsatz aufgestellt, dass die Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens durch einen Unfall für die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften genau dieselbe rechtliche Bedeutung hat wie ein durch den Unfall ganz neu entstandenes Leiden. Immerhin bleibt es jedoch Sache der ärztlichen Beweisführung, klarzustellen und zu begründen, dass dieser ursächliche Zusammenhang der Verletzung mit der Verschlimmerung des früheren Leidens thatsächlich besteht. In Bezug auf die Berechnung der durch die Verschlimmerung eines früheren Leidens verursachten Erwerbsunfähigkeit nimmt das Reichs-Versicherungsamt an, dass sich die durch das frühere Leiden herabgesetzte Erwerbsunfähigkeit schon durch den geringeren Lohn ausspricht, welchen ein solcher Arbeiter vor dem Unfall erhalten hatte.

Die tuberkulösen Erkrankungen nach Verletzungen sind gewissermassen typisch für alle diejenigen Krankheiten, welche sich im Verlaufe und im Zusammenhange mit Verletzungen entwickeln und durch die eigenthümliche Körperbeschaffenheit des Verletzten komplizirt werden.

Von denselben Gesichtspunkten aus in Bezug auf den ursächlichen Zusammenhang sind nämlich ferner zu beurtheilen jene Geistes- und Nervenkrankheiten, welche im Verlaufe der Heilungsprozesse von Verletzungen auftreten und ihren Grund haben in mehr oder weniger latent vorhandener Anlage zu diesen Krankheitsformen bei dem Verletzten, die traumatischen Psychosen und Neurosen. Bekanntlich hat ja die Mehrzahl nicht nur der Psychiater und Neurologen, sondern auch fast alle Aerzte, welche sich viel mit der Begutachtung Unfallverletzter befassen, den Begriff der traumatischen Neurose, wie er s. Zt. von Oppenheim als der eines einheitlich scharf begrenzten und charakteristischen Krankheitsbildes aufgestellt wurde, aufgegeben und rubrizirt jetzt die nach Trauma entstehenden Neurosen in die schon früher bekannten Kategorien der Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie ein. Auch diese Krankheiten, welche oft überraschende Endausgänge von Verletzungen verursachen, beruhen in ihrer Entwickelung, ja in der Regel auf einer schon vorher abnorm alterirten Beschaffenheit des Körpers, insbesondere des Nervensystems.

Ferner muss das nach Verletzungen nicht allzu selten auftretende Delirium von demselben Gesichtspunkte aus in Bezug auf den ursächlichen Zusammenhang beurtheilt werden, da nach allen Autoren, insbesondere nach Rose, dem Autor, welcher uns das hervorragendste Werk über Delirium geliefert hat, das Delirium tremens zu den zahlreichen Krankheiten gehört, die vom habituellen Genuss geistiger Getränke abhängen, und es fest steht, dass Leute Disposition zum Delirium tremens bekommen, die niemals einen Rausch gehabt und deshalb von Niemandem, auch nicht von sich selbst für Trinker gehalten werden.

Endlich müssen auch jene Folgen von Verletzungen, wie sie oft bei alten Leuten aufzutreten pflegen, eine auffallende bleibende körperliche Hinfälligkeit nach verhältnissmässig nicht allzuschweren Verletzungen eben durch die besondere Körperbeschaffenheit des Verletzten in eine ursächliche Beziehung zu dem Unfall gebracht werden. In solchen Fällen liest man ebenfalls in den Gegenschriften der Berufsgenossenschaften: „Der Mann ist gar nicht in Folge seiner Verletzung erwerbsunfähig, sondern in Folge seines Alters." Ja, in richtiger Würdigung des ursächlichen Verhältnisses ist aber die Verletzung dann sicher als eine mitwirkende Ursache der Erwerbsunfähigkeit anzusehen, denn es ist eine ungemein häufig zu beobachtende Thatsache, dass ältere Leute aus dem Arbeiterstande schon von der Mitte der fünfziger Jahre ab durch einen verhältnissmässig geringfügigen Unfall sich eine Hinfälligkeit und allgemeine Körperschwäche zuziehen, von welcher sie sich nicht wieder erholen. Wenn aber die Unfallverletzung eine wesentlich mitwirkende Ursache der schliesslich resultirenden Erwerbsunfähigkeit ist, so steht sie auch in ursächlichem Verhältniss zu derselben; dann ist auch die Erwerbsunfähigkeit eine mittelbare Folge der Verletzung, und das genügt eben nach der Spruchübung des Reichs-Versicherungsamtes zur Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft.

Die bisher erwähnten Krankheitszustände sind also dazu angethan, nicht allein die Entstehung der Unfallverletzung in ursächlicher Weise zu beeinflussen, sondern auch den Verlauf derselben und seine Rückwirkung auf den Gesammtorganismus in unerwarteter Weise zu verändern. Die Art der Einwirkung des Unfalls auf den Verletzten und die eigenthüm-

liche Körperbeschaffenheit des Verletzten muss hier für die ärztliche Beweisführung herangezogen werden.

Es kann aber auch die schliesslich eintretende Erwerbsunfähigkeit die Folge einer an sich vom Unfall unabhängigen ganz neuen Krankheit sein. Diese Fälle pflegen ebenfalls sehr oft streitig zu werden und dann kann ein Kausalnexus nur erwiesen werden, wenn die Entstehung der Krankheit bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Maasse begünstigt worden ist. Der letztere Umstand ist dann ganz vorwiegend Sache der ärztlichen Beweisführung. Solche Verhältnisse liegen vor bei allen Wundinfektionskrankheiten. Da diese Erkrankungen auch dem grösseren Laienpublikum unter dem populären Namen der Blutvergiftung theilweise bekannt sind, so wird in diesen Fällen der ursächliche Zusammenhang mit der Verletzung auch der Gegenpartei klar zu machen nicht schwierig sein. Hierher gehören auch die Erkrankungen der Verletzten an Osteomyelitis, und jene selteneren an Fettembolie und Tetanus traumaticus. Da wird man durch genaue Darlegung des Falles und aller seiner begleitenden Umstände den Beweis zu erbringen haben, wie die neu hinzutretende Krankheit beim Verletzten in besonderem Maasse begünstigt und hervorgerufen ist, sodass der überraschende Ausgang der anfangs vielleicht ganz gering erscheinenden Verletzung dadurch veranlasst werden konnte. — Ferner gehören hierher Krankheiten, von denen wir nur wissen, dass sie im Anschluss an Verletzungen zur Beobachtung kommen, ohne dass wir über deren nähere Entstehungsursachen im Klaren sind, das ist der traumatische Diabetes, die traumatische Leukämie und die traumatische Acromegalie, wie sie erst in den letzten Tagen in 2 Fällen beschrieben worden ist. Es ist das Ergebniss der durch das Unfallversicherungsgesetz der ärztlichen Wissenschaft ganz neu gestellten Aufgaben, dass wir bei zahlreichen Erkrankungen auf das ätiologische Moment des Traumas aufmerksam gemacht worden sind, welches wir früher unberücksichtigt gelassen; und so haben wir erkannt, dass traumatische Einflüsse ganz gewiss ebenso häufig ein ätiologisches Krankheitsmoment abgeben wie vergleichsweise bakterielle.

Endlich können für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit bezw. Tod in Betracht kommen Krankheiten, welche durch besondere, äusserlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt werden, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebniss wesentlich mitbestimmendem Maasse ausgesetzt worden ist. Auf diese Weise kann jede Ansteckungs-Krankheit, welche sich ein Unfallverletzter während seines Aufenthaltes im Krankenhause zuzieht, wohin er zur Heilung seiner Verletzung gegangen ist, in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden mit der ersten Körperbeschädigung durch den Unfall, und so ist denn in der That vom Reichs-Versicherungsamt in einem Falle der Tod durch Cholera bei einem Verletzten, welcher wegen einer Fingerverletzung in ein medico-mechanisches Institut nach Hamburg gekommen und an der dort herrschenden Cholera erkrankte, als mittelbare Folge des Betriebsunfalles angesehen.

Aus dem Bisherigen entnehmen Sie, dass die verschiedensten Krankheitszustände, wie ich sie Ihnen andeutungsweise vorgeführt habe, sowohl für die Entstehung, als für den Verlauf, als für den Endausgang einer Unfallverletzung in ursächliche Beziehung kommen können.

Wenn wir nun auf die Art der Beweisführung für den ursächlichen Zusammenhang der resultirenden Erwerbsunfähigkeit mit der vorausgegangenen Unfallverletzung näher eingehen, so müssen wir uns vor Augen führen, dass schon die Entstehung einer Unfallverletzung auf die mannigfachste Art sowohl durch die physische und psychische Einwirkung der Verletzung, als durch die verschiedene Körperbeschaffenheit des Verletzten beeinflusst sein kann, ferner, dass der Verlauf einer solchen Verletzung durch die vielfachsten Nebenumstände variirt werden kann. Wir kommen daher zu dem Schluss, dass das Endergebniss einer Unfallverletzung bei dem betroffenen Menschen nicht das Resultat einer einzigen Ursache ist, sondern das eines ganzen Ursachenkomplexes, der sich aus mehrfachen Bestandtheilen zusammensetzt. Als solche Bestandtheile dieses Ursachenkomplexes kommen in Betracht: die individuelle Prädisposition des Verletzten, seine Konstitution, etwaige ihm innewohnende Krankheitskeime, die äusseren Verhältnisse, die Lebenslage des Verletzten, etwaige von aussen hinzutretende Krankheitsursachen, sein Geschlecht, sein Alter. Alle diese Einzelnheiten bilden in ihrer Gesammtheit eine Reihe untereinander verknüpfter, sich unmittelbar an einander anschliessender und sich gegenseitig bedingender Umstände. Der Zusammenschluss derselben erzeugt dann den Begriff der Ursächlichkeit, der Kausalität. Man hat diese Reihe untereinander verknüpfter Umstände passend mit einer Kette verglichen, und das Reichs-Versicherungsamt hat in einem Erkenntniss ausgeführt, dass durch jedes einzelne Glied dieser Kette den übrigen nachfolgenden ein Anstoss zu einer veränderten Richtung auf einen bestimmten Erfolg gegeben werden könne. Immerhin aber bliebe dieser Erfolg ebenso sehr von den übrigen mitwirkenden Ursachen abhängig, die zwischen ihm und jenem Anstoss liegen, als von dem Anstoss selbst, welcher der Kausalreihe die veränderte Richtung auf ihn gegeben hat. Bei unserer Beweisführung ist es nun also unsere Aufgabe, mit unserer ärztlichen Erfahrung und unserer Kenntniss von den Vorgängen, wie sie sich an und im Körper des Verletzten abspielen, alle einzelnen Umstände des Falles, alle Bestandtheile des Ursachenkomplexes gewissermassen wie die einzelnen Glieder einer Kette daraufhin zu prüfen, ob sie sich mit einander verknüpfen, sich an einander anschliessen und sich gegenseitig bedingen.

Hierbei sind gewisse Momente noch besonders zu berücksichtigen. Es ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei dem Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges keineswegs nur um die unmittelbaren Ursachen handelt, sondern, dass das Reichs-Versicherungsamt mehrfach hervorgehoben hat, dass die Arbeiter nach dem Gesetz gegen alle Folgen von Betriebsunfällen versichert sind, also auch gegen die mittelbaren Folgen derselben.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass es nach der Spruchübung des Reichs-Versicherungsamtes für die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften genügt, wenn die Folge der Unfallverletzung eine der mitwirkenden Ursachen der Erwerbsunfähigkeit ist; allerdings wird dabei der Zusatz gemacht, dass sie eine wesentlich mitwirkende Ursache sein muss, und zwar muss dies erwiesen werden, sowohl wenn durch den Unfall ein ganz neues Leiden entstanden ist, als auch besonders, wenn es sich um die Verschlimmerung eines schon früher bestandenen Leidens durch die Folgen des Unfalls handelt. —

Alsdann muss besonders hervorgehoben werden, dass die zeitliche Aufeinanderfolge noch keineswegs an sich auch den ursächlichen Zusammenhang bedingt. Die Verletzten sind nur zu geneigt, den Schluss post hoc ergo propter hoc in schrankenlosester Weise zu ihrem Vortheil auszunutzen. Aehnlich wie die Frauen nach der Impfung ihrer Kinder führen die Unfallverletzten Alles und Jedes, was ihnen zeitlich nach dem Unfall passirt, auf diesen zurück; und wenn der Schluss noch so

unglaublich ist, sie bleiben dabei, dass sie seit dem Unfall den und den Schaden oder die und die Krankheit haben, und erwarten den Gegenbeweis, dass dieser Schaden oder diese Krankheit nicht vom Unfall herrühre. Aber auch viele Kollegen glauben, dass die einfache zeitliche Aufeinanderfolge auch schon das ursächliche Verhältniss bewiese. Das Verhältniss trifft beispielsweise ganz besonders zu bei dem so ausserordentlich häufig strittig werdenden ursächlichen Zusammenhang von Geschwülsten mit angeblich vorhergegangenen Verletzungen. Ein solcher Beweis könnte wohl mangels anderer überzeugender Umstände durch die zeitliche Aufeinanderfolge meines Erachtens nur dann erbracht werden, wenn eine sehr umfangreiche und eingehende Statistik zur Lösung der Frage verwandt werden kann, dass eine bestimmte Art von Neubildung besonders oft im Anschluss an eine traumatische Veranlassung sich entwickelt, wie das beispielsweise in einer neuerdings erschienenen vorzüglichen Arbeit von Löwenthal geschehen ist.

Wohl aber kann in streitigen Fällen die Oertlichkeit der Verletzung in sehr überzeugender Weise für die Begründung eines Urtheils über den ursächlichen Zusammenhang eines auch sonst vielleicht spontan entstehenden Allgemeinleidens mit einer vorangegangenen Verletzung verwerthet werden. So wird beispielsweise der Umstand, dass bei einem mit Paralysis agitans Behafteten die Zuckungen ihren Anfang nehmen von dem verletzten Gliede, gewiss überzeugend wirken für die Annahme des Zusammenhanges dieses Allgemeinleidens mit der Verletzung. Desgleichen beweist das Auftreten von lanzinirenden Schmerzen und von Lähmungserscheinungen in einer vorher verletzten Extremität beim Beginn einer Tabes wohl den ursächlichen Zusammenhang dieses Leidens mit der voraufgegangenen Verletzung, wie das Klemperer in seinen Fällen von traumatischer Tabes hervorgehoben hat. —

Unter Berücksichtigung aller dieser Beziehungen, wie sie im einzelnen Falle mehr oder weniger eine besondere Rolle spielen, muss sich der ärztliche Sachverständige in Unfallsachen bei der Beweisführung die Aufgabe stellen, alle einschlägigen Umstände des Falles in ihrer Einwirkung auf das Endergebniss eingehend zu erörtern und klarzustellen, und wenn sich danach eine mit der ärztlichen Kenntniss und Erfahrung ähnlicher Fälle übereinstimmende und durch überzeugende Gründe nachweisbare Kontinuität des Krankheitsverlaufes ergiebt, dann ist er berechtigt, sein sachverständiges Urtheil für den ursächlichen Zusammenhang abzugeben. Ich möchte jedoch hier noch hinzufügen, dass es nicht erforderlich ist, dass die kontinuirlich einsetzenden Krankheitserscheinungen stets in ununterbrochener Folge objektiv erweislich sein müssen; vielmehr genügt meines Erachtens auch schon die Kontinuität subjektiver Beschwerden, sofern dieselben nur den später entdeckten objektiven Befunden entsprechen.

Endlich komme ich zum Endresultat der ärztlichen Beweisführung bei Unfallsachen, zum Schlussurtheil. Dasselbe kann ja nun verschieden ausfallen je nach der Würdigung der sich bei der Beweisaufnahme ergebenden Thatsachen. Unter allen Umständen aber ist es wünschenswerth, dass es für die Zwecke der Urtheilsfällung durch den Richter brauchbar und verwerthbar ist. Gutachten, welche zu keinem Schluss kommen, kann Jener nicht verwenden. Gutachten, welche nach langem Hin und Her schliesslich darin gipfeln, dass etwas, wie der ursächliche Zusammenhang der Erwerbsunfähigkeit mit einem vorhergegangenen Unfall „wohl möglich" oder „nicht unmöglich" sei, sind für die Urtheilssprechung unbrauchbar. Durch solche Gutachten wird das Ansehen des ärztlichen Sachverständigen arg geschädigt. Es ist dem Reichsversicherungsamt nicht zu verdenken, wenn es einmal in einem Erkenntniss seinen Unwillen über derartige Gutachten in folgender Weise Ausdruck giebt: „Das Vorhandensein einer blossen Möglichkeit bei welcher die Möglichkeit oder selbst Wahrscheinlichkeit des Gegentheils in gleicher Weise bestehen bleibt, kann daher zur Begründung eines Urtheils als ausreichend nicht erachtet werden." — Nun stehen ja der medizinischen Beweisführung fast niemals absolut sichere Beweismomente zu Gebote für die eine oder die andere Seite der Entscheidung. Die Medizin ist keine exakte Wissenschaft wie die Mathemathik. Vielmehr sind wir in unsern Deduktionen in der Regel angewiesen auf Wahrscheinlichkeitsmomente. Es gilt daher für die ärztliche Beweisführung der Grundsatz, dass wir nach der Seite, wohin unsere Ueberzeugung gerichtet ist, alle Wahrscheinlichkeitsgründe so häufen, dass sich daraus für das Endergebniss eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit ergiebt. Diese überwiegende Wahrscheinlichkeit genügt dem Richter in Unfallsachen vollkommen. Das Reichs-Versicherungsamt, die höchste Behörde in der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung, hat diesen Grundsatz in unzweideutigster Weise ausgesprochen, indem es sagt: „Eines zwingenden Beweises für den ursächlichen Zusammenhang bedarf es nicht, es genügt eine hohe Wahrscheinlichkeit. Das Verlangen nach einem zwingenden Beweise würde gegen den Geist und Zweck des Unfall-Versicherungs-Gesetzes verstossen, welches der Erfüllung einer öffentlich-rechtlichen Fürsorgepflicht dient, und für dessen Anwendung deshalb nicht Grundsätze massgebend sein dürfen. welche gegenüber einer Privat-Versicherung vielleicht statthaft erscheinen möchten. Vielmehr genügt innerhalb des Gebietes des Unfall-Versicherungs-Gesetzes die auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme oder gerichtskundiger Umstände gewonnene Ueberzeugung des Gerichts zur Feststellung der streitigen Thatsachen."

Nach diesen Erörterungen komme ich zu folgenden Schlusssätzen.

1. Die Verantwortlichkeit des ärztlichen Sachverständigen ist in Unfallsachen weitgehender als bei seiner Thätigkeit vor den gewöhnlichen Gerichten, weil die ärztliche Seite der Streitfrage bei Unfallsachen meist die ausschlagende ist.
2. Nicht nur die unmittelbaren, sondern auch die mittelbaren Folgen einer Unfallverletzung bedingen nach der Spruchübung des Reichs-Versicherungsamtes die Entschädigung der Berufsgenossenschaften.
3. Verschlimmerung eines schon bestandenen Leidens durch eine Unfallverletzung ist für die Entschädigungspflicht gleichbeteutend mit der Hervorrufung eines ganz neuen Leidens.
4. Eine mit der ärztlichen Kenntniss und Erfahrung ähnlicher Fälle übereinstimmende und durch überzeugende Gründe nachweisbare Verkettung von Krankheitserscheinungen ergiebt den ursächlichen Zusammenhang zwischen Erwerbsunfähigkeit und Unfallverletzung.
5. Für den ursächlichen Zusammenhang einer resultirenden Erwerbsunfähigkeit mit einer voraufgegangenen Unfallverletzung genügt der Wahrscheinlichkeitsbeweis.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Farbenblindheit.

Von
Dr. **Ohlemann** - Minden.

(Schluss.)

Die totale Farbenblindheit.

Das allmähliche Erlöschen des Farbensinns im peripheren Sehen bildet gewissermassen den Uebergang zur pathologischen Farbenblindheit. Im Allgemeinen macht man eine Eintheilung

in totale und partielle Farben-Blindheit. Auch die totale hat ein Analogon in der physiologischen Breite des Gesunden. Es ist leicht zu verstehen, unter welchen Verhältnissen. Wo Licht ist, da sind auch Farben, wo kein Licht ist, giebt es auch keine. In der Dunkelheit sehen wir daher keine Farben, das ist nicht weiter auffallend. Wohl aber, dass es an der Grenze eine Zone giebt, kurz zwar, aber bestimmt, in der der Farbensinn noch schläft, das ist früh morgens im ersten Moment des Erwachens, selbstredend in der ersten Morgendämmerung. Es ist dies auch im Hering-Hess'schen Sinne der günstigste Augenblick für eine chromatisch neutral gestimmte Netzhaut. Man sieht da, wie der total Farbenblinde, statt der Farben nur die Nuancirungen von hell und dunkel, und zwar ist die hellste Nuance da, wo bei den normal Farben Empfindenden roth im Spektrum liegt. Der wirklich Farbenblinde dagegen hat sein grösstes Maximum von hell da, wo im Spektrum das Grünblau liegt. Grünblau muss nämlich als Zwischenstufe zwischen grün und blau mit hinzugenommen werden. Betrachtet ein solch totaler Farbenblinder ein Spektrum, dann sieht er ein mehr oder weniger helles oder dunkles Band vor sich, welches von dunkel, links, zu grau, rechts, geht, entsprechend der Reihenfolge von roth bis violett. Dieses dunkle Band erreicht seine grösste Helligkeit in der Mitte und zwar im Grün des Spektrums, während die grösste Helligkeit, abgesehen von der Farbe bei Farbengesunden, im Orangen bis Gelben liegt. Man sagt daher, dass der total Farbenblinde ein Oelgemälde wie eine Kreidezeichnung ansieht.

Ueber diesen Helligkeitswerth der verschiedenen Spektralfarben besitzen wir seit den letzten Jahren in der Literatur eine Reihe von bahnbrechenden Arbeiten von A. König und seinen Mitarbeitern. So finden wir ein Referat über die Untersuchung der Lichtreize im Centralblatt für Physiologie, 1882, 2, pag. 744 von A. König und E. Brodhun, eine experimentelle Untersuchung über die psycho-physische Fundamentalformel in Bezug auf den Gesichtssinn. Sitzungsbericht der Königl. preussischen Akademie der Wissenschaften. 38, 1888, pag. 917. Von A. König und C. Dieterici, die Grundempfindungen im normalen und anormalen Farbensystem und ihre Intensitäts-Vertheilung im Spektrum. Hamburg und Leipzig. J. Voss 1892. Ebendieselben über Grundempfindnngen über Farbensysteme. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie d. S. IV., p. 866. Von A. König und Ritter, Centralblatt für Physiologie. 1892, No. 22. Ueber Spektralfarben. Ein Referat, betreffend den Helligkeitswerth der Spektralfarben bei verschiedener absoluter Intensität, aus Helmholtz' Festschrift, S. 309. Leipzig. Voss, 1891: Purkinje hatte zuerst beobachtet, dass Helligkeitsunterschiede vorhanden sind, wenn mit dem Erlöschen der Beleuchtung alle Farbenunterschiede verschwunden sind. Er fand ferner, dass, wenn das Verhältniss der relativen Helligkeit der verschiedenen Farben ein anderes ist bei geringerer Beleuchtung als bei gewöhnlichem Tageslichte, das Roth am meisten, das Blau am wenigsten beeinflusst werde. Es ist dies auch für den Eisenbahnsignaldienst ein sehr wichtiger Punkt. Dies nannte man das Purkinje'sche Phänomen.

König stellte eine Reihe von Untersuchungen hierüber an mit Versuchen unter Benutzung des Helmholtz'schen Farbenmischungsapparates. „Um die Vertheilung der Helligkeit im Spektrum zu ermitteln", sagt er, „muss man wegen des Purkinje'schen Phänomens so verfahren, dass die Helligkeiten der verschiedenen Farben einem an Farbenton und Helligkeit konstant gehaltenen Vergleichsfelde gleich gemacht werde, so dass die Vergleichung stets bei derselben Helligkeit stattfindet." Als Vergleichslicht benutzte er ein solches von 535 $\mu\mu$. Die Herstellung der verschiedenen Intensitäten geschah theils durch Variirung von Spaltbreiten, theils durch andere Mittel, wie z. B. Beleuchtungswechsel. Eine so erhaltene Kurve nannte König eine Kurve der Spaltbreiten, die sich für das Diffraktions-Spektrum weiter umrechnen liessen. Die graphisch dargestellten Ergebnisse für vier Beobachter, darunter zwei Farbenblinde, stellen das Purkinje'sche Phänomen so dar, dass die den verschiedenen Intensitäten zugehörigen Kurven sich bei der Wellenlänge des Vergleichslichtes 535 $\mu\mu$ schneiden und rechts davon entgegengesetzt angeordnet sind als links.

Als wichtig hervorzuheben ist sein Ausspruch (pag. 528 Centralblatt für Physiologie 1892), „dass sich so viel herausgestellt habe, dass unvereinbare Widersprüche mit der Hering'schen Farbentheorie beständen, welche früher oder später eine durchgreifende Umgestaltung derselben herbeiführen würden." So weist König darauf hin, dass, was die totale Farbenblindheit anlangt, nach der Hering'schen Theorie über den Helligkeitswerth der Farben-Empfindungen die Vertheilung der Helligkeit im Spektrum der Farbentüchtigen von der für den Monochromaten geltenden abweichen muss. Sie ist für den letzteren nicht in gelb, sondern in grün zu suchen.

Die total Farbenblinden sind für das praktische Leben, speziell Marine oder Eisenbahndienst ohne praktische Bedeutung. Einmal kommen sie selten vor, und nur Wenige sind beobachtet und beschrieben, wie die Fälle von Donders, Hering*) und König. Aus der neuesten Zeit referirt Anke**) im Centralblatt für Augenheilkunde über mehrere von François Querenghi in Mailand und Landolt in Paris berichtete. Es sind im Ganzen fünf Fälle, von denen Landolt drei genau beschrieb. Dann aber haben diese total Farbenblinden eine Reihe anderer Abnormitäten, welche sie allein schon für den praktischen Dienst unbrauchbar machen. Meist besteht bei ihnen Amblyopie mit Sehschärfe etwa $^1/_{10}$, Nystagmus, Lichtscheu, Chorioidalatrophie. Auch Landolt fand, dass die Farben von ihnen nur als mehr oder weniger starke Lichteindrücke angegeben wurden, wobei das Roth als dunkelster Lichteindruck angegeben wurde, dagegen im Grün die Stelle grösster Helligkeit sich befand. Auch lag meistens Vererbung vor.

Die partielle Farbenblindheit.

Die Geschichte derselben ist noch verhältnissmässig jung. Bekanntlich wurde sie 1794 vom englischen Chemiker Dalton, der selbst rothblind war, zuerst beschrieben und durch Prevost Daltonismus genannt. Die erste methodische Untersuchung Farbenblinder stammt vom Deutschen Seebeck, etwa 1837, der auch als Erster farbige Pigmente als Proben verwandte. Mit Unrecht nennt man daher die Wollenfarbenprobe nach dem Schweden Holmgren, da sie aus viel späterer Zeit stammt. Dafür hat er das Verdienst, welches er freilich mit Favre in Lyon theilt, die öffentliche Aufmerksamkeit zuerst auf die Gefahren der Farbenblindheit bei Marine und Eisenbahn hingelenkt zu haben. Er fand, dass auf 1000 Männer etwa 30 Farbenblinde, auf 1000 Frauen nur 3 kamen. Wie gross das Verhältniss in Deutschland ist, habe ich leider in der Literatur nicht finden können.

Ich selbst fand bei der Untersuchung der Augen der Schüler des Gymnasiums zu Minden***) unter 355 Schülern nur 3 unzweifelhaft partiell Farbenblinde. Unter den verschiedenen Arten der partiellen Farbenblindheit ist die Gruppe der Rothgrünblinden die häufigste. Sie kommt sogar erblich vor, und es wurde beobachtet, dass sie wiederholt vom Grossvater auf den Sohn der normal farbenempfindenden Tochter übergegangen ist. Ueber ihre Bedeutung für den Eisenbahndienst

*) Centralblatt für Augenheilkunde von Hirschberg 1891, pag. 431.
**) Ebenda pag. 529.
***) Schweiggers Archiv für Augenheilkunde XXVI, pag. 175.

lässt sich indess noch Folgendes anführen. Gewiss ist, dass der farbenblinde Eisenbahnbeamte durch Verwechselung von Signalen, roth und grün, schwere Unglücksfälle hervorrufen kann. Allein erwiesen, dass dies geschehen, ist es noch nicht.*) Die Ursache liegt darin, dass die Farbenblinden einen ungemein entwickelten Lichtsinn haben, welcher sie befähigt, die Signalfarben richtig zu beurtheilen. So erkannte ein Lokomotivführer, der partiell farbenblind war, das Einfahrts-Signal daran, dass das dunkle Licht hell wurde. Die rothen und grünen Laternen waren für ihn nur dunkle und helle. Das weisse Licht im Eisenbahndienst bedeutet nämlich freie Bahn, das grüne Vorsicht, das rothe Gefahr. Wie das nun möglich ist, und wie man sich das vorzustellen hat, soll weiter unten ausführlicher erklärt werden.

Zuvor noch einige allgemeine Bemerkungen. Man unterscheidet je nach der Theorie bestimmte Gruppen von partiell Farbenblinden. So nach Donders, Holmgreen:

1. Roth-grün-violett-Blindheit, nach Hering, Stilling.
2. Roth-grün- und Blau-gelb-Blindheit. In noch anderen Fällen wieder werden die Farben wohl noch erkannt, allein gewisse Farbennuancen nicht, man spricht
3. in solchen Fällen von geschwächtem Farbensinn oder unvollständiger Farbenblindheit.
4. Dann wieder kommt es vor, und das ist das Interessanteste, dass beobachtet wurde angeborene Farbenblindheit auf einem Auge, während das andere farbengesund war. Solche Fälle wurden untersucht von Becker, v. Hippel, Kolbe, C. Hess.**)

Sie sind deshalb von so grosser Wichtigkeit, weil man dadurch im Stande ist, Vergleiche anzustellen und nun Auskunft darüber erhalten kann, wie sie die Farben mit dem farbenblinden Auge sehen, wenn man für die sprachliche Bezeichnung die Eindrücke des normalen Auges zu Grunde legt. Damit kommen wir auf die nähere Betrachtung der partiellen Farbenblindheit. Auch hier geht man von der Betrachtung am Farbenspektrum aus. Bei dem total Farbenblinden sehen wir, dass er im Spektrum statt roth u. s. w. bis violett nur Helligkeitsunterschiede sah, hell und dunkel. Wie ist nun das Spektrum des partiell Farbenblinden?

Zum Vergleiche lassen wir noch einmal das Spektrum des Farbentüchtigen folgen und setzen das des partiell Farbenblinden darunter:

roth, orange, gelb, grün, blaugrün, blau, violett,
gelb, gelbweiss, weissgelb, weiss, blauweiss, blau.

Wie wir sehen, hat der Farbenblinde in der Mitte des Spektrums einen weisslichen Farbenton, dort liegt für ihn das Helligkeits-Maximum, während das des Farbentüchtigen bei roth-orange liegt. Wir erkennen ferner, dass sämmtlichen Farbenübergängen weiss beigemischt ist, dass die Farbentöne grün und roth gänzlich fehlen, dass auf der anderen Seite des Spektrums der blaue Farbenton, zunächst ebenfalls mit weiss durchmischt, vollkommen erhalten ist, in seinem dunkelsten Tone, am Ende des Spektrums aber nicht in violett, sondern gleichfalls in blau ausklingt.

Die Stelle nun, die in Mitten des Spektrums, weiss, also unzerlegtes Licht zeigt, nennt man die neutrale Zone oder den neutralen Punkt. Nach der linken Seite zu bekommt dies Weiss eine Beimischung mit gelb, umso mehr, um so gesättigter und dunkler, je mehr nach der linken Seite des Spektrums. Hieraus lässt sich nun abstrahiren, wie der Farbenblinde die Farben bezeichnet. Das äusserste Gelb links im Spektrum nennt er nicht gelb, er nennt es roth, weil er diese Bezeichnung im täglichen Leben dafür hört. Rothe Dachziegel hört er roth nennen, weshalb soll er sie anders bezeichnen? Er denkt sich, das ist die Farbe, die er sieht, die andere Menschen so bezeichnen. So geht es die Nuancen durch. Leider geht es aber nicht ohne Konflikt für ihn überall ab. Das liegt daran, dass er einmal nicht reine Spektralfarben sieht, sondern Pigmentfarben, die, wie wir früher sahen, niemals rein sind, sondern ein Gemisch mehrerer Nuancen enthalten, und dann, dass bei ihm seine Farben so viel weiss enthalten. Daher entsteht bei ihm Verwirrung in der Bezeichnung der Nuancen, während er nach der Intensität der Lichtempfindung und der Helligkeit wohl keinen Fehler machen würde. Daher erklärt es sich auch, wie wir bei Schmidt-Rimpler lesen, dass er vermöge seines ungemein feinen Lichtsinnes, der für seinen Farbendefekt vorhanden ist, richtige Unterschiede in den Signalfarben zu machen vermag, nur dass er sie anders bezeichnete. Und nur in dem Falle kommt er in Kollision mit seinem richtigen Empfinden, wenn eine Signalfarbe oder -Flamme dadurch plötzlich geändert wird, dass ihre Intensität mit einem Male wechselt, sei es, dass beispielsweise eine andere Laterne an der gewohnten Stelle ist, die wohl dasselbe Roth oder Grün aber in anderer Nuance hat, etwa durch dickeres Glas oder einen anderen Guss, sei es auch, dass plötzlich erhebliche Schwankungen in der Intensität der Helligkeit, d. h. der Beleuchtung eintreten, gegen die der Farbenblinde ganz besonders empfindlich ist, wie bei Regen oder Nebel oder in der Dämmerung.

Eine Bemerkung für die Praxis mag hier Platz finden. Wie man sieht, hat der Farbenblinde in seinem Spektrum auf der rechten Seite blau; diese Farbe macht ihm demnach keine Schwierigkeit. Es wäre demnach ja naheliegend, auch Signale im Eisenbahndienst in blau zu haben. Das ist nun leider nicht möglich, weil es zu weit auf der dunklen Seite des Spektrums liegt und sich das besonders bei herabgesetzter Beleuchtung fühlbar macht, also in der Dunkelheit und im Nebel. Nur in einem einzigen Falle könnte blau im Signaldienst Verwendung finden, wenn nämlich hinter einem blauen Signalglase ein elektrisches Bogenlicht sich befände. Dieses, wie das Sonnenspektrum, enthalten viel Blau, welches in genügender Stärke reflektirt würde.

Betrachten wir die Verhältnisse bei einem Grünblinden. Das Grün muss diesem eigentlich als weiss erscheinen, er thut es aber nicht, er sieht es als grau. Das liegt allein an der Intensität der Beleuchtung. Würde man ein halbes Spektrum nehmen, etwa das Sonnenspektrum, dann würde das Grau für ihn oder das Grün ein helles Weiss sein. Die Ursache liegt allein an den Pigmenten. Wir sehen also, dass sowohl nach der Seite des rothen als nach der des grünen, die Beimischung von weiss die bedeutendste Rolle spielt, und hieraus ergeben sich die beiden Gruppen der Roth- und Grünblinden, weil bei dem einen das Maximum der Helligkeit näher dem linken Ende des Spektrum, bei dem anderen nahe der Mitte desselben liegt.

Ueber diesen beiden Gruppen giebt es noch eine dritte Gruppe, die Blaugelb-Blindheit. Jedoch besteht da keine Uebereinstimmung bei den Autoren. Stilling nimmt sie an, er hat auch Farbentafeln zu ihrer Diagnose auf seinen pseudo-iso-chromatischen Tafeln konstruirt. Auch Schmidt-Rimpler*) erwähnt sie und nennt sie auch Blauviolett-Blindheit. Spektralanalitisch untersucht ist bis jetzt der Art nur Einer. Er ist berichtet von v. Vintschgau.**) Es betraf einen jungen Mediziner S. normal.

*) Schmidt-Rimpler pag. 130.

**) Archiv für Ophthalmologie, Band 36, pag. 24—36.

*) Schmidt-Rimpler, pag. 130.

**) Pflüger's Archiv, 48, pag. 431. Physiologische Analyse eines ungewöhnlichen Falles partieller Farbenblindheit. Trichromasie des Spektrums.

An Farben erkannte er aber weder blau noch violett. Wie man sieht, ist dieser Fall ein Beispiel für ein Farben-Empfindungsdefekt auf der rechten Seite des Spektrums. Gelb und grün waren herabgemindert, roth fast normal.

Exakt gesagt ist dieser Fall eigentlich kein blaugelb Blinder, wenn er sich auch einer solchen Blindheit nähert. v. Vintschgau untersuchte diesen Fall mit dem Spektralapparat und dem Farbenkreisel und fand hiermit die totale Blauviolett-Blindheit. Die Wollprobe liess die Diagnose zweifelhaft, es zeigten sich folgende Verwechselungen: Purpur wurde mit roth und rothbraun, rosa mit hellviolett, hellviolett mit rosa vertauscht. Mit den v. Reuss'schen Wolltäfelchen untersucht, wurden blaue Töne mit den grünen verwechselt, was bei den Holmgren'schen Wollproben nicht der Fall war. Ausserdem kamen Verwechselungen vor von rosaroth mit grau und violett mit hellpurpur. Von den pseudoisochromatischen Tafeln Stillings konnte er weder die für gelbblau noch die für rothgrünlich entziffern. Beim Hering'schen Spiegelkontrast-Versuch wurde die durch das rothe Licht induzirte Farbe als schwach grünlich, dann dunkelgrau, grün gemischt mit grau genannt. Dagegen die durch grünes Glas induzirten Farben waren richtig. Wie man sieht, geben die verschiedenen Methoden auch verschiedene Resultate, besonders, wo es sich um die Untersuchung mit Pigmenten handelt, und dass man eigentlich nur die anerkennen soll, welche mittels Spektrum gemacht werden und danach die Bezeichnung auch wählen.

Kurz gefasst hinsichtlich der Diagnose sprechen wir von Rothgrünblindheit, wenn roth und grün unter sich und mit grau oder gelb oder braun benannt werden:

a) die Grünblindheit, bei welcher der rothe Theil im Spektrum hell oder gesättigt gelb erscheint, zwischen gelb und blau ein weiss oder grau liegt, hellgrün mit dunklem roth verwechselt wird,

b) die Rothblindheit, bei welcher der rothe Theil im Spektrum dunkel erscheint, helles Roth mit dunklem Grün verwechselt wird,

dann von Violettblindheit (Blaublindheit, Blaugelbblindheit), wo gelb und blau nicht erkannt werden, das Spektrum nur aus grün und roth besteht, der rechte Theil des Spektrums aber dunkel erscheint. Diese Art partieller Farbenblindheit ist also noch streitig.

An diese Arten Farbenempfindungsdefekte schliessen sich nun zwei Gruppen, die noch in der Breite des Normalen liegen. Die eine haben wir bereits erwähnt: es ist der Mangel an Farbensinn bei ungenügender Beleuchtung, bei Mangel an Licht und — im peripheren Gesichtsfelde, und haben hierbei die Arbeiten von E. Hering und C. Hess erwähnt. Auf die Hypothesen derselben kann nicht weiter eingegangen werden.*)

Die andere ist noch wenig gekannt und untersucht, aber für das praktische Leben um so wichtiger. Unter den Normal-Farbensichtigen nämlich fand Donders noch besondere Unterschiede, welche auch wieder im Roth und Grün liegen. Dies wurde von König und Dieterici bestätigt. Die Anomalie liegt darin, dass das Roth am Ende des Spektrums viel eher bei Manchen einen gelben Charakter bekommt als bei den Anderen, dass das wirklich rein Gelbe ungefähr an der Stelle liegt wie bei allen Uebrigen, vielleicht etwas weiter nach rechts, dass im Grün keine Unterschiede vorhanden sind in den Grenzen, wohl aber immer noch etwas gelbe Beimischung vorhanden ist, im Blaugrün endlich gar keine Verschiedenheit mehr besteht. Es handelt sich also um eine Verbreiterung des Gelben von Orange bis Grün, die Einen haben einen schmalen Streifen Gelb im Spektrum, die Anderen einen breiten. Bei Pigmentfarben ist diese Anomalie noch nicht nachzuweisen geglückt. Die praktische Bedeutung liegt darin, dass es vorgekommen ist, dass ein Eisenbahn-Beamter als farbenblind bei der Untersuchung angesehen wurde, weil er Fehler in der Erkennung der Farben machte. Es stellte sich aber später heraus, dass dem Manne dies nur bei stark herabgesetzter Beleuchtung passirte, dass er bei guter Beleuchtung vollkommen farbentüchtig war. Bei der weiteren Untersuchung zeigte es sich, dass er zu der oben beschriebenen Gruppe gehörte. Wie wohl die Sache so natürlich wie möglich ist, so ist doch bei den Untersuchungen auf Farbenblindheit in der Praxis auf diesen Umstand noch nicht Werth genug gelegt worden. —

*) Archiv für Ophthalmologie. Band 35 p. 63—83. Ueber die Hypothese zur Erklärung der peripheren Farbenblindheit von E. Hering. Prag.

Referate.

Ueber traumatische Tabes.

Von Eduard Hitzig-Halle.

(Sonderabdruck aus der Festschrift zur 200jährigen Jubelfeier der Universität Halle. Berlin, Hirschwald 1894.)

Die Frage von der Entstehung der Rückenmarksschwindsucht als Verletzungsfolge ist in der Literatur wiederholt aufgetaucht und meist als möglich, aber unentschieden, hingestellt, von Einigen auch verneint worden.

Anlass zu der Erörterung gaben jeweils einzelne Fälle, bei welchen die ersten Erscheinungen von Schwäche und Schmerz in nahem zeitlichen Zusammenhange mit einer Körperbeschädigung zunächst an der Verletzungsstelle auftraten und auch weiterhin bei der Entwickelung einer sonst charakteristischen Tabes der verletzte Körpertheil, z. B. eine Extremität, ein Voraneilen der Krankheitssymptome darbot.

Den weitgehendsten Standpunkt betreffs des Zusammenhangs von Trauma und Tabes nimmt Klemperer ein, welcher im Jahre 1890 aus der Literatur und aus der eigenen Beobachtung 34 Fälle zusammengestellt hat, auf Grund deren er die Frage, ob Tabes durch ein Trauma entstehen kann, bejaht und die Behauptung, welche er allerdings anatomisch nicht belegen kann, aufstellt, es handle sich bei dieser Entstehungsweise um eine von der Verletzungsstelle aufsteigende Nervenentzündung. Da die meisten der angeschuldigten Körperbeschädigungen in Quetschungen durch Sturz sowie in Knochenbrüchen mit ausgedehnter Weichtheilzerreissung bestanden, sei es ersichtlich, dass es sich immer um Schädlichkeiten handele, bei denen Nervenstämme erheblich gequetscht und gezerrt würden und dadurch erhalte seine Annahme eine weitere Stütze.

Der Verfasser vorliegender Arbeit ist zu näherem Eingehen auf die Frage durch einen Fall bewogen worden, den er zu begutachten hatte. In diesem handelte es sich um einen 47jährigen Tuchmacher, bei welchem die gewöhnlichen ätiologischen Momente der Rückenmarkschwindsucht auszuschliessen waren und der niemals irgend welche Beschwerden, welche als Anfangserscheinungen dieser Krankheit gedeutet werden konnten, gehabt hatte. Dieser erlitt bei einem Fehltritt vom „Fusstritt“ seines Webstuhls aus einen Bruch der linken Speiche und ein Umknicken des linken Fusses ohne bemerkenswerthe Schwellung oder Blutunterlaufung an letzterem. Schon 14 Tage nach der Verletzung traten Schmerzen im linken Arm und linken Fuss, in letzterem aber nur beim Stehen und Gehen, auf. Wenn er aber still im Bette lag, hatte er in der linken unteren Extremität ein Gefühl von Pelzigsein und Eingeschlafensein. Wenige Tage nachdem sich diese Empfindungen gezeigt hatten, bemerkte der Kranke schon Unsicherheit im Dunkeln, sechs Monate nach dem Unfall folgte Erschwerung des Urinlassens

und so entwickelte sich eine fortschreitende Tabes, bei welcher die Ataxie und die Herabsetzung der groben Kraft in den linken Extremitäten stärker und die Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit an der linken Rumpfseite deutlicher war. Im Uebrigen bot er alle charakteristischen Erscheinungen: reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Sehnenreflexe, Sensibilitäts- und Koordinationsstörungen.

Hitzig hat nun bei verschiedenen Klinikern Umfrage gehalten, sowie die Journale seiner Klinik und den Sanitätsbericht aus dem deutsch-französischen Kriege, den schon Klemperer benützte, nochmals gesichtet. Unter Anderem gab ihm auch Erb sein diesbezügliches Material. Dadurch hat er im Ganzen 59 Fälle gesammelt, bei welchen die Frage des Traumas in Betracht kam.

Diese Zahl hält er bei der Häufigkeit der Krankheit für gering. Scheidet er aber alle die Fälle aus, wo entweder die Diagnose der Krankheit anfechtbar ist, oder nur tabiforme Erscheinungen nach Beschädigungen der Wirbelsäule und des Kopfes auftraten, ferner die, wo erste Symptome der Krankheit dem Trauma vorausgingen und die, wo neben dem Trauma noch andere Ursachen (Kälte, Syphilis, Trunk, geschlechtliche Ausschweifungen) wirken konnten, so behält er nur elf Fälle übrig.

Auch von diesen lassen mehrere Zweifel zu, da bei einigen die ersten Erscheinungen erst geraume Zeit nach der Verletzung eintraten, bei anderen das stärkere Befallensein des verletzten Körpertheiles nicht bestand.

Trotzdem will er den Zusammenhang zwischen Trauma und Tabes nicht endgiltig leugnen. Er hält die Angelegenheit noch nicht für spruchreif und meint, dass jahrzehntelange sehr genaue Beobachtung einzelner Fälle, bei welcher möglichst alle Fehlerquellen in der Diagnose und Aetiologie ausgeschaltetet würden, zum Ziele führen könnten.

Betreffs der Art, wie die äussere Beschädigung die Krankheit erzeugen könne, stellt er folgende Hypothese auf.

Die Entstehung durch eine aufsteigende Nervenentzündung sei zurückzuweisen, weil man in keinem der untersuchten Fälle den Entartungsprozess über das Spinalganglion der hinteren Wurzeln nach der Peripherie zu fortgeschritten gefunden habe. Es sei also das Wahrscheinlichste, dass, wie auch andere Autoren glauben, die Erkrankung in den Spinalganglien beginne und die Strangentartung im Rückenmark nur der Ausdruck einer sekundären Faserveränderung sei. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Tabes beschränken sich aber keineswegs auf das Gebiet der hinteren Wurzeln, es entarten auch andere Stränge des Rückenmarks als die, welche mit den hinteren Wurzeln in Verbindung stehen, es entarten ferner verschiedene Hirnnerven, wie der Trigeminus, der Vagus, die Augenmuskelnerven, ja sogar kommen (bei der Komplikation mit Lähmungsirrsein) Veränderungen der Hirnrinde vor. Diese Veränderungen führt er wohl alle, wie er nur andeutet, auf primäre Erkrankung von Nervenzellen zurück.

Erwägt man also, dass verschiedene Provinzen des Nervensystems befallen werden, welche in keinem anatomischen Zusammenhange stehen, so wird man als letzte Ursache der Erkrankung am ehesten ein Gift anzusehen haben, welches in der ganzen Blutmasse kreist. Diese Hypothese erhält eine Stütze durch die Beziehungen der Tabes zur Syphilis. Es sei möglich, dass durch eine luetische Infektion mehrere „Toxine“ dem Körper einverleibt werden und neben dem spezifischem Gift der Syphilis ein anderes, welches mit oder ohne Hinzutritt anderer Schädlichkeiten die tabische Entartung des Nervensystems erzeuge. Hier vindizirt er also dem Trauma die Rolle einer Gelegenheitsursache auf vorbereitetem Boden. Aehnlich denkt er sich die Verschlimmerung einer bereits begonnenen tabischen Entartung durch eine äussere Verletzung.

Indem er des Weiteren die dualistische Lehre der Syphilis anzweifelt, hält er es für möglich, dass eine gleiche Durchgiftung mit einem anderen als dem spezifischen Syphilisgifte auch durch einfache venerische Geschwüre bewirkt werden könne. Nun giebt er aber zu, dass in mindestens zehn Prozent der Fälle weder Lues noch überhaupt eine venerische Infektion nachgewiesen wäre. Hier läge es nahe, anzunehmen, dass auf andere Weise, z. B. durch andere Infektionskrankheiten (Typhus, Scharlach, Masern) ein gleicher auf bestimmte Provinzen des Nervensystems allmählich entartend wirkender Stoff in den Körper gelangt sei und das Trauma (sowie die Erkältung) wiederum nur die molekular wirkende, Gelegenheitsursache zum Ausbruch sei. Hitzig spricht davon nicht, er denkt sich die Wirkung von Trauma und Erkältung so, dass durch diese äusseren Einwirkungen der Giftstoff selbst im Körper an der Einwirkungsstelle erzeugt werde und von da aus in die Blutbahn gelange. Es liesse sich dieser Annahme gegenüber als wichtigstes Bedenken wohl die oft rasche Wirkung der letzteren Schädlichkeiten gegenüber den sehr langsamen bei der Syphilis anführen, indessen haben wir uns wohl darauf zu beschränken, zu erwägen, welche praktischen Schlüsse der Sachverständige für seine Thätigkeit aus dem gegenwärtigem Stande der Lehre von der Tabesaetiologie ziehen kann.

Für den Sachverständigen ist es zunächst gleichgiltig, ob eine erwerbsbeschränkende Krankheit durch ein Trauma nur verschlimmert oder auf bereits vorbereitetem Boden erzeugt wird. Lässt sich aus den klinischen Erscheinungen eine deutliche Betheiligung des Traumas an der Entstehung oder dem Fortschritte der Krankheit annehmen, so hat er dies bei der Abwägung des gesetzten Schadens in Betracht zu ziehen.

Wo aber, ohne prädisponirende oder andere Ursachen die klinischen Erscheinungen der Tabes sich an ein Trauma zeitlich eng anschliessen und wo ausserdem noch die Verletzungsstelle die stärksten Krankheitserscheinungen zeigt, so wird namentlich, wenn es sich um eine stark erschütternde oder erhebliche Quetschung erzeugende Körperbeschädigung handelt, die Möglichkeit des Zusammenhanges zwischen Erkrankung und Trauma zur Wahrscheinlichkeit und der Sachverständige hat sie in positivem Sinne zu verwerthen. L.

Gebührenwesen.

Terminsgebühren.

Ueber eine wunderbare gerichtliche Entscheidung in Bezug auf die Berechnung der Terminsgebühren für ärztliche Sachverständige berichtet die Med. Beamten-Ztg. in ihrer No. 7. Während nämlich bisher allgemein angenommen wurde, und wie es auch in Wirklichkeit wohl meist zur Ausführung gekommen ist, galt bei der Berechnung der Terminsgebühr als Anfang des Termins die Zeit, auf welche der Sachverständige eingeladen war. Das Oberlandesgericht in Posen hat dagegen in einem Beschluss vom 25. Juni 1894 die Ansicht ausgesprochen, dass die Gebühren für einen Termin lediglich nach der wirklichen Dauer desselben zu bemessen sind ohne Rücksicht darauf, ob der Sachverständige in Folge des Wortlauts seiner Vorladung vorkommenden Falls 5—6 Stunden auf den Beginn des Termins gewartet und diese Zeit ebenfalls verabsäumt hat. In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um einen auswärtigen Schwurgerichtstermin, zu dem der Sachverständige auf 9 Uhr vorgeladen war und dessen Sache erst

spät Nachmittags zur Verhandlung kam. Trotzdem ist ihm die Wartezeit nicht als Dauer des Termins angerechnet worden. — Es empfiehlt sich in der That in ähnlichen Fällen den Beschwerdeweg zu betreten und womöglich die Entscheidung des Reichsgerichts herbeizuführen. Denn namentlich in grossen Städten kann es sehr leicht geschehen, dass der Sachverständige von Stunde zu Stunde vergeblich auf den Beginn seines Termins, zu dem er vorgeladen ist, wartet, und dann würde er nach den obigen Grundsatz des Posener Oberlandesgerichts für diese Zeitversäumniss auch nicht die geringste Entschädigung erhalten.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Zugehörigkeit Unfallverletzter und Kranker.

Nach § 10 des Reichsgesetzes, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886 hat während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall eines Arbeiters die Gemeinde, in deren Bezirk der Verletzte beschäftigt war, demselben die Kosten des Heilverfahrens in dem im § 6, Abs. 1, Z. 1 des Kranken-Versicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 bezeichneten Umfang zu gewähren. „Als Beschäftigungsort gilt im Zweifel diejenige Gemeinde, in deren Bezirk der Sitz des Betriebs belegen ist.“ In Bezug auf diese Bestimmung hat das Ober-Verwaltungsgericht, III. Senat, durch Urtheil vom 7. Januar 1895 in Uebereinstimmung mit der bisherigen Rechtsprechung ausgesprochen: Zweifel über den Beschäftigungsort im Sinne des § 10 a. a. O. bestehen dann nicht, wenn ein Arbeiter zwar in einem sich über mehrere Gemeinde- (Guts-) Bezirke erstreckenden landwirthschaftlichen Betriebe beschäftigt, indessen nur zur Beschäftigung in einem dieser Gemeinde- (Guts-) Bezirke angenommen ist. Sie bestehen aber bezüglich der zur Beschäftigung in sämmtlichen oder mehreren Gemeinde- (Guts-) Bezirken, über welche sich der Betrieb erstreckt, angenommenen Arbeiter. Für solche bald in diesem, bald in jenem Bezirke beschäftigten Arbeiter ist für die Entscheidung, welcher Ort als Beschäftigungsort zu gelten hat, nicht die jeweilige Betriebsstätte, sondern der Sitz des Betriebes massgebend. „Diese Rechtsgrundsätze hat der Bezirksausschuss beachtet und auf Grund der Aussagen des H. und B. festgestellt, dass der Beschäftigungsort des Letzteren, der als Knecht für sämmtliche auf dem Gut M., Gemeinde O., einschliesslich des Vorwerks N., Gemeinde H., vorkommende Arbeiten angenommen und auf dem Gut M., je nach Bedürfniss auch auf dem Vorwerk N., beschäftigt worden ist, die Gemeinde O. gewesen sei. Daraus hat der Bezirksausschuss mit Recht den Schluss gezogen, dass die Klage der Gemeinde O. gegen die Gemeinde H. auf Erstattung der Kosten des 13 wöchigen Heilverfahrens für den Knecht B., welcher während der obigen Beschäftigung am 15. Januar 1891 innerhalb der Gemarkung H. verunglückt war, unbegründet sei.“

Gewerbesteuerpflicht für ärztliche Leistungen bei Privatirrenanstalts-Inhabern.

Der Betrieb einer von einem Arzt unterhaltenen und geleiteten Privat-Kranken-, Irren- oder Heilanstalt oder einer Kuranstalt für Nervenkranke ist, nach einer Entscheidung des Ober-Verwaltungsgerichts, VI. Senats, 1. Kammer, vom 11. Oktober 1894, regelmässig als gewerbesteuerpflichtiger Gewerbebetrieb zu erachten, und auch der Ertrag der ärztlichen Berufsthätigkeit innerhalb des Rahmens des Anstaltsbetriebes darf nicht von dem steuerpflichtigen gewerblichen Ertrage als steuerfrei ausgesondert werden. „Der Regel nach wird in der Errichtung einer Privat-Kranken-, Irren- oder Heilanstalt oder einer Kuranstalt für Nervenkranke eine gewerbliche Anlage und in ihrem Betriebe ein Gewerbebetrieb zu erblicken sein. Es ist in keiner Weise erforderlich, dass eine derartige Anstalt von einem Arzt errichtet, betrieben und geleitet wird. Ohne erhebliche Kapitalaufwendungen und ohne ein erhebliches Betriebskapital kann eine Kranken- und Heilanstalt in grösserem Umfang nicht errichtet und betrieben werden. Das ergiebt sich recht deutlich aus dem hier zu entscheidenden Fall, indem die Errichtung einer Privat-Irrenanstalt für nur 70 Kranke einen Aufwand von 650000 M. nöthig gemacht hat. Das Bestreben, eine Verzinsung des angelegten Kapitals zu erzielen, bedingt schon ein derartiges Vermögensinteresse, ein derartiges Arbeiten auf Erzielung eines ausreichenden Gewinns, dass die Ausübung der ärztlichen Thätigkeit demgegenüber nothgedrungen in den Hintergrund treten muss. — Ausgeschlossen ist diesen Erwägungen gegenüber natürlich nicht, dass unter besonderen Umständen der Betrieb einer privaten Heilanstalt seitens eines Arztes nicht als Gewerbebetrieb erscheint. Dies wird aber im allgemeinen eine Ausnahme von der Regel und es wird dann Sache des Arztes sein, die für die Ausnahme sprechenden Umstände besonders anzugeben. Wird hiernach im Betrieb einer Krankenanstalt ein Gewerbebetrieb befunden, so erscheint die Ausübung des ärztlichen Berufs seitens des Gewerbetreibenden innerhalb des Rahmens des Anstaltsbetriebes nicht mehr als solche, sondern als Thätigkeit im Gewerbebetriebe, so dass ihr Ertrag in dem Ertrage des letzteren enthalten ist und nicht als besonderer steuerfreier Theil von dem gewerblichen Ertrag ausgeschieden werden darf. Die Ausübung der ärztlichen Thätigkeit ist in dem Gewerbebetrieb aufgegangen.“

Tagesgeschichte.

Die XII. Hauptversammlung des preussischen Medizinalbeamtenvereins

fand am 26. und 27. April in Berlin statt. Der gute Besuch derselben zeigte, dass trotz der herabgestimmten Erwartungen betreffs der Medizinalreform die preussischen Medizinalbeamten den wissenschaftlichen und praktischen Aufgaben ihres Berufs mit regem Interesse treu bleiben.

Als erster Vortragender trat Herr Prof. Rubner auf, welcher über Flussverunreinigungen mit besonderer Berücksichtigung der anorganischen Verunreinigungen sprach. Er ging von den Schädigungen aus, welche in Magdeburg dadurch entstanden, dass das dortige Elbwasser von Jahr zu Jahr, von Anfang des Jahres 1893 ab sogar in besonders erheblicher Weise, durch zunehmenden Salzgehalt sich verschlechterte. Es wurde durchaus untrinkbar, es konnte in verschiedenen Industrien, z. B. in Zucker-, Papier- und Lederfabriken, nicht mehr verwerthet werden, es erhöhte die Gefahr aller Dampfkesselbetriebe durch vermehrte Bildung von Kesselstein und es eignete sich nicht mehr zur Ackerberieselung. Die Ursache der Verunreinigung konnte in dem starken Salzgehalt des Flussbettes liegen, der in dem Erdreich der durchströmten Gegend, wie die Untersuchung von Brunnenwässern ergiebt, sicherlich besteht. Vielmehr als diese Durchsalzung des Bodens kommen aber die Abwässer der Salinen und des Mannsfelder Bergbaus in Betracht. Dies ergab die chemische Untersuchung des verdorbenen Wassers. Dasselbe hatte einen ungewöhnlich hohen Gehalt an Magnesia und während das Verhältniss von Chlor zu Magnesia in den Soolwässern wie 0,02 : 1 ist, ist in den Bergwerksabwässern der Magnesiagehalt zum Chlor wie 0,5 : 1, also 25 Mal so hoch. Die Industrie wird durch diese Gefährdung

des öffentlichen gesundheitlichen und sonstigen Interesses in die Nothwendigkeit versetzt, auf Massnahmen zur Beseitigung der Verunreinigung zu sinnen. Vortragender hofft, dass dies bald gelingen werde. Vielleicht werde man als Produkte der Abklärung die Salze in technisch verwendbarem Zustande erhalten.

Der hygienische Sachverständige habe aber die Aufgabe, die Grenzwerthe des Salzgehaltes, welche noch eine Benutzbarkeit des Wassers als Trinkwasser zulassen, festzustellen. Massgebend sei vor Allem der Geschmack. In Zahlen angegeben ist nach Rubner der Grenzwerth der Genussfähigkeit für Kochsalz 300—400 mg, für Gyps 500—600, Schwefelmagnesia 500—1000, Chlormagnesia 60—100 und bei Zusammenvorkommen aller Salze 300—400 mg auf den Liter Wasser.

Er räth mit Rücksicht darauf, dass ein so grosser Fluss, wie die Elbe, in der geschilderten Weise verunreinigt sei, den Medizinalbeamten, besonders vorsichtig bei der Begutachtung der Konzessionsfähigkeit gewerblicher Anlagen zu sein.

Zum Schluss erwähnte er eigener Untersuchungen über die Durchlässigkeit von Flussbetten für bakterielle Keime. Da er gewiss dieselben an anderer Stelle ausführlich erläutern wird, genügt es, sie hier zu erwähnen.

Des Ferneren sprach Herr Kreisphysikus Dr. Beinhauer aus Höchst über den Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen bei Anklagen wegen Wochenbettfieber.

Er verlangt für den ganzen Staat eine gleichmässige Regelung der Anzeigepflicht und ein gleichmässiges Verfahren bei der Kontrole der gemeldeten Fälle.

Für letzteren Zweck empfiehlt er Verallgemeinerung einer Verfügung der Königlichen Regierung in Wiesbaden, welche in jedem angezeigten Falle den Medizinalbeamten Erhebungen an Ort und Stelle persönlich vornehmen und nach einem Protokollscheine zusammenstellen lässt. Der Medizinalbeamte hat in manchen Kreisen die generelle Anweisung, sofort nach erhaltener Nachricht die diesbezügliche Dienstreise anzutreten. Er sammelt durch Vernehmung der Umgebung bezw. der Wöchnerin und durch Besichtigung und äussere Untersuchung derselben das be- und entlastende Material.

Eine Strafanzeige sei nur zu erstatten, wenn
a) die Quelle der Infektion festgestellt ist,
b) das Unterlassen oder die ungenügende bezw. schlechte Ausführung der Desinfektion der Hilfeleistenden erwiesen ist,
c) die Sektion in jeder Beziehung die Anzeige unterstützt,
d) die Wöchnerin vor der Entbindung gesund war bezw. an keiner Allgemeinerkrankung gelitten hat.

Sind diese Vorbedingungen nicht vorhanden, so sei bei Verstössen der Hebammen gegen amtliche Bestimmungen und das Lehrbuch die disziplinare Bestrafung und bei wiederholten, auch nach eindringlicher Belehrung gemachten Fehlern die Entziehung des Prüfungszeugnisses zu beantragen.

Die anwesenden Medizinalbeamten stimmten im Gefühl der kargen Möglichkeit einer Initiative lebhaft der vorgeschlagenen Verallgemeinerung einer sofortigen persönlichen Kontrole zu. Die meisten Herren aber betonten in der Diskussion, auf wie schwachen Füssen bei der so sehr strittigen Lehre von der Selbstinfektion und bei der Möglichkeit der Unwirksamkeit selbst der besten antiseptischen Massnahmen ein strafrechtliches Vorgehen stehe, auch solle es der Medizinalbeamte möglichst vermeiden, den Anschein zu erwecken, als habe er das Bestreben, der Ankläger der Hebammen zu werden, er müsse sich daher ausschliesslich als Gesundheitsbeamter fühlen und von dem Gedanken leiten lassen, sein Einschreiten habe den Zweck, direkte Massregeln gegen die Verbreitung einer ansteckenden Krankheit zu ergreifen.

Am 27. sprach Dr. L. Becker über das Thema, welches den Inhalt des an der Spitze dieser Nummer stehenden Originalartikels bildet.

Danach sprach Herr Dr. Mittenzweig-Berlin über „Criminellen Abort“ und stellte in seinem Vortrage folgende Sätze auf:

1. Für den Gerichtsarzt ist bei einer noch lebenden Person ein Abort als erwiesen zu betrachten:
   a) wenn die Person eine Frucht, ein menschliches Ei oder zottenhaltige Eitheile verloren hat oder
   b) wenn bei einer Person, die bisher nicht geboren hatte, Einrisse am Muttermund vorgefunden werden.

Alle anderen Merkmale lassen für sich allein oder in Verbindung mit einander einen Abort nur vermuthen, nicht aber sicher diagnostiziren.

2. Für den Gerichtsarzt ist ein künstlicher Abort als erwiesen zu erachten, wenn der Abort nach der Anwendung eines tauglichen Abortivmittels aufgetreten ist zu einer Zeit, in welcher durch das angewendete Mittel erfahrungsgemäss Aborte eintreten können, und wenn gleichzeitig andere Ursachen des Abortes ausgeschlossen sind.

3. Eine Scheideneinspritzung oder eine innere Untersuchung ist als ein geeignetes Abortivmittel anzusehen.

Aerztliche Zeugnisse für Schüler zur Befreiung vom Turnunterricht.

— Wegen Befreiung von Turnunterricht auf Grund ärztlicher Zeugnisse hat der Kultusminister folgende Verfügung erlassen:

„Auf den Bericht vom 15. Januar d. Js. erwidere ich dem königlichen Provinzial-Schulkollegium, dass hinsichtlich der zum Zwecke der Befreiung vom Turnunterricht seitens der Schüler vorzulegenden ärztlichen Zeugnisse bedauerliche Erfahrungen auch anderweitig vorliegen, welche die Schulverwaltung diesen Zeugnissen gegenüber zu einer gewissen Zurückhaltung nöthigen, zumal mehrfach die Beobachtung gemacht werden musste, dass manchen Aerzten eine genauere Kenntniss des Turnbetriebes überhaupt und der verschiedenen im Schulturnen gebräuchlichen Uebungsformen im Besonderen, sowie der den Schülern dabei zugemutheten Anstrengung noch abzugehen schien. Gleichwohl halte ich es aus verschiedenen Gründen nicht für angezeigt, derartige Zeugnisse nur gelten zu lassen, wenn sie von einem Kreisphysikus ausgestellt sind, vielmehr erscheint es zweckmässig, folgendes Verfahren zu beobachten: Halten die Angehörigen eines Schülers für diesen die Befreiung vom Turnen für geboten, so ist sie bei dem Anstaltsleiter, in der Regel schriftlich, zu beantragen und gleichzeitig — in besonderen Fällen unter Briefverschluss — das Gutachten eines Arztes, am besten des Hausarztes, vorzulegen, in welchem unter ausdrücklicher Berufung auf eigene Wahrnehmung, nicht aber auf Grund blosser Aussagen der Betheiligten, das Leiden oder Gebrechen angegeben ist, in dem ein Grund für die Befreiung vom Turnunterricht überhaupt oder von einzelnen Uebungsarten gesehen wird. Dabei hat sich mehrfach die Benutzung eines von der Schule zur Verfügung gestellten Vordruckes bewährt.“

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. K. in B. Auf Ihre *Anfrage*, was Sie unternehmen sollen, um zu Ihrem Honorar zu kommen bei einem Invalidenrentner, welchen Sie ärztlich behandelt haben, und für welchen sich die Krankenkasse weigert, die ärztliche Behandlung zu bezahlen, die ergebenste *Antwort*, dass die Rechte eines Arbeiters als Kassenmitglied durch den Bezug der Invalidenrente ebensowenig wie durch den Bezug der Unfallrente beeinträchtigt worden, denn sowohl Invalidenrentner als Unfallrentner können Kranken-Kassen-Mitglieder sein. Jedenfalls werden Sie die Statuten der betreffenden Krankenkasse einsehen und das Verhältniss Ihres Patienten zur Kasse feststellen müssen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 10.** Ausgegeben am 15. Mai.

Ueber die in der Unfallpraxis gebräuchlichsten Messmethoden und ihren Werth in den Gutachten für die Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt.

Von

Dr. **Golebiewski**-Berlin.

Der Umschwung, welcher sich in der ärztlichen Thätigkeit durch die neuere soziale Gesetzgebung, insbesondere durch das Unfallversicherungsgesetz vollzogen hat, ist allgemein bekannt. Wohl ist das Ziel des Arztes, den Kranken zu heilen, nach wie vor dasselbe geblieben, der Massstab aber, welcher an die Heilung selbst jetzt gelegt wird, hat sich bei der Behandlung der arbeitenden Klassen völlig verändert. Es kommt jetzt viel weniger darauf an, ob der Kranke oder der durch einen Unfall verletzte Arbeiter aus der Behandlung als „geheilt“ oder „gebessert“ entlassen wird, als vielmehr darauf, wie viel Prozent seiner Erwerbsfähigkeit ihm durch die ärztliche Behandlung gerettet worden sind. Ja, die Erfahrung lehrt, dass die üblichen Begriffe „geheilt“ oder „gebessert“ auf den Entlassungsscheinen der Krankenhäuser vielfach verwirrend und für den Kranken selbst nach vieler Richtung hin gefahrvoll gewirkt haben.

In vieler Beziehung noch wichtiger als das Bestreben, den Unfallverletzten einer möglichst baldigen Erwerbsfähigkeit entgegenzuführen, ist die Ausstellung des Gutachtens mit der prozentualen Bestimmung des Grades der Erwerbsfähigkeit.

Das ärztliche Gutachten bildet die wissenschaftliche Grundlage für die Beurtheilung des Körperzustandes des Verletzten, sowie auch für die Beurtheilung des Grades seiner Erwerbsfähigkeit. Mit dem ärztlichen Gutachten soll ein Beweis geliefert werden, entweder in positivem oder negativem Sinne. Für diese Beweisführung ist es nothwendig, dass Thatsachen aufgeführt werden, welche verständlich und überzeugend sein müssen für diejenigen Organe, welche das Gutachten lesen und nach ihm zu urtheilen haben. Nun ist es ja bekannt, dass viele Gutachten nicht so ausfallen, dass sie als überzeugend und beweiskräftig angesehen werden können, andererseits gehen Gutachten bei den verschiedenen Instanzen der ausführenden Organe des Unfallversicherungsgesetzes ein, in denen die zusammengestellten Thatsachen nur scheinbar beweisend sind, die wohl auf ein Laienpublikum, wie das in den erwähnten Instanzen arbeitende, überzeugend wirken, die jedoch, bei näherer, ärztlicherseits vorgenommener Prüfung, sich nur als gefährliche Trugbilder erweisen. Zu den Gutachten letzter Art gehören diejenigen, welche ihre Beweisführung im Wesentlichen nur auf Zahlen stützen, die als das Ergebniss der an dem Unfallverletzten vorgenommenen Messungen in den Gutachten angeführt werden, ohne dass sie ihre nöthige wissenschaftliche, auf tiefem Studium und genauer Untersuchung basirende Erklärung finden.

Zahlen, sagt man, beweisen, und mag Jemand auch noch so skeptisch sein und die Zahlen mit Misstrauen lesen, wer wollte es leugnen, dass die Zahlen nur zu sehr geeignet sind, Auge und Urtheil auch eines sachkundigen Lesers zu verführen?

Hiermit soll nun durchaus nicht angedeutet sein, dass etwa keine Zahlen in den Gutachten angeführt werden sollen, sondern es sollen nur die Misstände vom wissenschaftlichen Standpunkt kritisch beleuchtet und die hieraus nach vielen Richtungen sich ergebenden gefährlichen Folgen erörtert werden, wie sie durch die Anführung der Zahlen in den Gutachten hervorgerufen werden.

Von ausschlaggebender Wichtigkeit für die Messungen, welche wir an den Kranken vornehmen, sind die Messinstrumente selbst und die Art ihrer Anwendung.

Am häufigsten gebrauchen wir das Bandmass, dann das Winkelmass und den Tasterzirkel.

Das Bandmass benutzen wir zur Feststellung der Länge der Extremitäten bezw. seiner Knochen und zum Messen des Umfanges der Extremitäten und seiner Theile, ferner des Rumpfes und des Beckens.

Wie nun das Bandmass selbst beschaffen sein soll, brauche ich wohl nicht noch besonders zu betonen. Es ist ja ganz selbstverständlich, dass es kein altes, bereits ausgedehntes Mass sein darf.

Nun seine Anwendung bei den Längenmassen.

Dass nach den Frakturen der clavicula oder nach Luxationen, Distorsionen und auch in manchen Fällen nach Kontusionen der Schulter, eine Verkürzung dieser eingetreten ist, wird noch lange nicht oft genug beachtet. Aber selbst in den Fällen,

wo diese Verkürzung der Schulter sogar genau in Centimetern angegeben war, vermisste man noch zu oft die Beschreibung der durch die Verkürzung hervorgerufenen pathologischen Folgeerscheinungen. Auch darüber fehlten die Angaben sehr oft, wie die Verkürzung gemessen wurde, ob von dem Brustende zum Schulterende des Schlüsselbeins oder von der incisura similunaris des manubrium sterni zum Schulterende der clavicula bezw. zum Acromion. Dadurch werden in beiden Fällen deutliche Messunterschiede erzielt. Auch darauf ist in vielen Gutachten nicht Rücksicht genommen worden, wie durch die Verkürzung der clavicula vollständig andere Bedingungen für das Schultergelenk der betroffenen Seite und in weiterer Folge für den ganzen Arm geschaffen wurden. Bei den Brüchen am sternalen Ende des Schlüsselbeins kommen Verlagerungen des sternocleidomastoideus und zwar seines äusseren Kopfes gar nicht selten vor. Hierdurch entsteht ein Caput obstipum (Schiefhals) mit beschränkter Bewegung des Kopfes. Bei den Brüchen am humeralen Ende kommt, wenn auch nicht gerade häufig, aber doch auch nicht so selten wie man glaubt, Druck durch den Oberarm-Kopf auf die grossen Gefässe und Nerven in der Achselhöhle vor. Hiermit im Zusammenhang stehen atrophische und paretische Störungen im ganzen Arm. Dann werden die durch Muskelzug, besonders vom pectoralis major ausgehenden Einflüsse zu oft übersehen, wodurch eine Rotation des Armes nach innen, Stellungsveränderung der scapula, veränderte und gestörte Bewegungen im Schultergelenk hervorgerufen werden, die auch in weiterer Folge auf die Pro- und Supination im Ellbogengelenk von Einfluss sind.

Bei den Brüchen des Oberarmes, besonders in der Nähe des Schultergelenks, spielen die Dislokationen eine viel grössere Rolle als geringe Verkürzungen. Man findet da sehr oft den biceps, den deltoideus und den triceps nach innen rotirt. Betrachtet man einen solchen Fall bei herabhängenden Armen, dann wird eine solche Dislokation sehr leicht übersehen.

Die Messungen der Länge der ganzen Oberextremität nach Fraktur des Oberarmes der einen Seite sind auch sehr oft nicht richtig. Denn die Thatsache steht fest, dass die Länge der Arme sehr selten bei einem Individuum ganz gleich ist. Der Fehler wird noch grösser, wenn man beim Messen der Arme die Finger mitnimmt, denn die Finger sind rechts oft etwas länger als links, umgekehrt können sie, bei Violinspielern z. B., links länger sein. Die nach typischen Radiusfrakturen eingetretenen Verkürzungen des Unterarms werden vielfach auch vollständig übersehen. Man muss diesen Verletzungen nur die nöthige Aufmerksamkeit schenken, um auch da die Verkürzungen herauszufinden. Noch wichtiger aber sind die mit diesen Verkürzungen zusammenhängenden Nebenumstände.

Die Verkürzungen der Finger nach Millimetern anzugeben halte ich für ein zu gewagtes Kunststückchen und für zwecklos.

Die Verkürzungen der Arme zu messen, erfordert zunächst die Fixation bestimmter Messpunkte. Doch auch dann werden die Masse nur ganz relative sein können, da wir an dem einen Ende des Armes, dem humerus-Kopf, niemals einen genauen Messpunkt bestimmen können.

Mindestens ebensoviel Schwierigkeiten wie die Längenmasse der Arme, machen die der Beine, sehr selten findet man auch da die genaue Angabe in den Gutachten, wie die Messungen vorgenommen worden sind. In der grössten Mehrzahl fand ich in den Akten, welche durch meine Hände gingen, die einfache Angabe, dass das verletzte Bein um so und so viel kürzer wäre als das andere Bein, wie aber gemessen wurde, unter welchen Bedingungen, ob im Liegen oder Stehen, welches die Messpunkte waren, ist in den seltensten Fällen angegeben gewesen. Dies hat aber bei den später vorgenommenen Kontrollmessungen zu ganz erheblichen Abweichungen geführt, die oft, genau betrachtet, von wesentlicher Bedeutung für den konkreten Fall nicht waren, die aber doch das Misstrauen der für die Rentenfestsetzung massgebenden Laien zu erwecken vermochten. Häufig sind auch gewisse Fehlerquellen ganz ausser Acht gelassen und nicht erwähnt worden, so z. B. wenn von der spina ant. superior das Bandmass über die starkwulstige Oberschenkelmuskulatur nach dem malleolus internus geführt wurde. Falsche Messungen entstanden auch häufig durch die Verschieblichkeit der Haut auf der spina anterior superior.

Die geringen Verkürzungen nach Malleolar-Frakturen sind in den seltensten Fällen beachtet worden.

Noch mehr vernachlässigt wurden die Messungen am Fusse selbst, bei dem nicht unbedeutende Dislokationen durch Verschiebung der gebrochenen Malleolen vorkommen. Sind doch die Fälle gar nicht so selten, wo die Malleolen mehr nach hinten verschoben werden, so dass das Fussblatt länger als das unverletzte wird und umgekehrt kürzer, wenn die Malleolen nach vorn verschoben werden. Die nach Malleolar-Frakturen in den Beinen eingetretenen Dislokationen werden mit den durch sie eingetretenen Verkürzungen auch sehr oft übersehen. Dies liegt wohl meist daran, dass die genaue Besichtigung der unteren Gliedmassen nicht in der Gesichtsebene des untersuchenden Arztes erfolgt.

Weitaus mehr im Gebrauch sind die Umfangmasse, ob mit Recht, soll gleich gezeigt werden.

Welchen Zweck haben die Umfangmasse?

Handelt es sich um eine einmalige Untersuchung, dann wollen wir aus dem Mehr- oder Minderumfang des kranken Gliedes im Verhältniss zum gesunden Schlüsse auf den Zustand des kranken Gliedes ziehen.

Bei den wiederholt an einem und demselben Gliede in gewissen Zeitabschnitten vorgenommenen Messungen wollen wir die Ständigkeit oder Veränderlichkeit des erkrankten Gliedes feststellen und aus den Massen entweder auf die Unveränderlichkeit, die Besserung oder Verschlimmerung Schlüsse ziehen.

In beiden Fällen werden nun Fehler gemacht, die theils auf irrthümlichen Voraussetzungen beruhen, theils aus mangelhafter Beachtung der pathologischen Verhältnisse und aus Nichtbeachtung verschiedener anderer Ursachen begangen werden.

Es ist hier nöthig, kurz die gewöhnlichen Fehler vorauszuschicken, welche im Allgemeinen beim Messen der Circumferenzen der Glieder mit dem Bandmass gemacht werden.

Zunächst ist es fehlerhaft, wenn nicht genau gesagt ist, wie und wo gemessen worden ist.

Dann bleibt das stets ein grosser Misstand, dass man es nicht immer in der Hand hat, gleichmässig das Bandmass umzulegen; einmal wird es ganz leicht, einmal etwas fester umgelegt, wodurch stets eine Differenz hervorgerufen wird. Wie man jedoch in Anbetracht dieser allgemein bekannten Thatsache sogar die Umfangmasse bis auf 1 mm Differenz in Gutachten anführen kann, ist mir unverständlich. Vielleicht soll das auf die Berufsgenossenschaften und Gerichte den Eindruck grosser Präzision und sehr gewissenhafter Untersuchung machen. Die in der Monatsschrift für Unfallheilkunde von Liersch empfohlene Methode, das Bandmass anzufeuchten oder einen nassen Lappen um das Glied zu legen, mag wohl ganz gut sein, ausprobirt habe ich sie noch nicht. Bei grossem Material scheint mir das doch zu zeitraubend zu sein, in Anbetracht der häufigen Werthlosigkeit der Umfangmasse.

Dann ist es nicht gleichgiltig, ob das Bandmass einmal im rechten Winkel zum Gliede oder ein anderes Mal in einem anderen, mehr stumpfen Winkel herumgeführt wird.

Geradezu verwerflich ist das rein schematische Messen,

wenn ohne Rücksicht auf die Verletzungsstelle bezw. den Ausgangspunkt des Erkrankungsherdes das Bandmass gewohnheitsmässig immer wieder schematisch um dieselben Stellen der Arme oder Beine geführt wird. Da kann es vorkommen, dass die Zahlen erst recht ein falsches Bild von dem Umfang der Glieder gewähren. Rationeller ist es doch, am kranken Gliede zuerst um die zumeist sichtbar atrophirte oder geschwollene Stelle das Bandmass herumzuführen und dann genau die korrespondirende Stelle des anderen Gliedes zu messen. Nur zu oft liest man noch in Gutachten, in denen den Umfangmassen zu Grunde liegende Zahlen angeführt werden, dass, wenn das vom Unfall betroffene Glied ein Mindermass aufweist, eine Atrophie bestehe. Da muss man sich doch fragen, was ist Atrophie? Atrophie ist eine auf Ernährungsstörungen beruhende Entartung des Muskelgewebes, — wenn wir an Muskelatrophie denken wollen —. Dass hierbei in einer Anzahl von Fällen die Atrophie bereits soweit vorgeschritten sein kann, dass sie sich durch ein Mindermass dem gesunden Gliede gegenüber zu erkennen giebt und dieses Mindermass durch das Massband festgestellt wird, ist ja eine feststehende Thatsache. Aber eben so feststehend ist auch die Thatsache, dass ein krankes Glied deutlich atrophirt sein und doch einen stärkeren Umfang haben kann. Anstatt nun also ganz schematisch die Umfangmasse anzuführen, würde die Aufzählung der atrophirten Muskeln und die Begründung, wie ihre Funktionen durch die Atrophie gestört sind, doch wissenschaftlicher und auch weit verständlicher sein. Für die Prüfung auf Atrophie der Muskeln ist die Konsistenz derselben von grosser Bedeutung. Leider haber wir hierfür noch keine Präzisionsmessapparate. Der Hauptvorwurf, welcher gegen die Anwendung der Umfangmasse gemacht werden muss, besteht darin, dass man zu oft vollständig vergisst, dass die Glieder von verschiedenen Muskelgruppen umgeben sind, denen eine ganz verschiedene, oft zu einander konträre Funktion zufällt, die wir mit dem Namen Antagonismus bezeichnen. Wir denken meist gar nicht daran, wenn wir das Bandmass umlegen, uns die Frage vorzulegen, ob die Flexoren oder die Extensoren oder die Rotatoren am meisten atrophirt sind. Dass die eine Muskelgruppe mehr atrophirt sein kann, als die andere, mit ihren entgegengesetzten Funktionen, je nach dem Krankheitsherd oder der Art der Verletzung, ist eine alte medizinische Erfahrung, und es wird wohl kaum ein Arzt, der es mit der wissenschaftlichen Behandlung jedes konkreten Falles ernst meint, heut zu Tage noch auf den absurden Gedanken kommen, zu behaupten, dass eine Muskelatrophie stets gleichmässig an allen Muskelgruppen des verletzten Gliedes eintreten müsse. Bei der Entstehung und weiteren Bildung der Atrophie kommen so viele Momente in Betracht, dass ihre Aufzählung und Begründung hier viel zu weit führen würde.*)

Des Ferneren verdient hier noch der Umstand Beachtung, dass wir bei der Muskelatrophie uns niemals darüber Klarheit zu verschaffen suchen, was aus den unteren, also tiefer liegenden Muskelschichten geworden ist, wie weit diese an der atrophischen Entartung betheiligt sind, wie die Funktionsfähigkeit darunter leidet u. s. w. In den Gutachten habe ich, seitdem ich in der Unfallpraxis thätig bin, noch nicht ein einziges Mal darüber etwas gelesen.

Es ist grundfalsch, zu behaupten, dass, wenn ein Glied keinen geringeren Umfang als das andere, unverletzte, habe, dieses nicht atrophirt sein könne. Es kann sogar, wie oben bemerkt, einen deutlichen Mehrumfang haben und doch atrophirt sein, was durch Prüfung der Konsistenz allein, vielleicht auch durch den elektrischen Strom nachweisbar ist. Man denke nur an die Atrophien solcher Gliedmassen, die durch einseitige Berufsarbeit ohnehin schon einen ungewöhnlich stärkeren Umfang als die andere Körperseite aufzuweisen haben.

Neuerdings hat Dr. Barsow in Moskau einen Dynamometer für Kraftmessung isolirter Muskelgruppen in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie veröffentlicht. Er nennt seinen Apparat „Sylomer“. Bisher bin ich nicht in der Lage gewesen, diesen Apparat zu prüfen. Wenn jedoch die Untersuchungsresultate, die Barsow am „Sylomer“ gewonnen, sich bestätigen sollten, dann hätten wir thatsächlich das, was wir seit jeher entbehren, nämlich einen direkten und isolirten Kraftmesser. Denn die Methode, die Kraft des Armes nach dem Händedruck des Kranken anzugeben, kann doch für unsere wissenschaftlichen Untersuchungen in keiner Weise genügen. Ferner verspricht der Apparat auch eine exakte Prüfung der Konsistenz sogar isolirter Muskelgruppen; er würde uns demnach der Fähigkeit, eine Muskelatrophie genauer zu diagnostiziren, näher bringen. Jedenfalls wird es mir bald gelingen, selbst am Barsow'schen Apparat Versuche zu machen und werde ich dann die von mir gewonnenen Resultate veröffentlichen.

Schliesslich verdient noch ein Umstand erwähnt zu werden, der bei den Umfangmassen sehr wichtig ist, die Körperseite. Gemeinhin nimmt man an, und man findet diese Anschauungen in ärztlichen Gutachten immer wieder vertreten, dass bei den meisten Menschen die rechte Körperseite, besonders der rechte Arm mehr ausgebildet und daher stärker sein müsse, als die linke, bei Linkshändern wäre es umgekehrt. Linkshändigkeit sei aber stets von frühester Jugend auf anerzogen bezw. vererbt. Man liest da sehr oft etwa folgenden Wortlaut: Da nun normaler Weise bei den Menschen die rechte Körperseite stärker entwickelt ist als die linke, und der rechte Arm in der That einen grösseren Umfang als der linke hat, kann auch von einer Atrophie keine Rede sein. Dennoch hat es sich in verschiedenen mir bekannten Fällen um eine deutliche Atrophie gehandelt.

Diese Anschauung, dass bei den meisten Menschen die rechte Körperseite durchgängig stärker sei als die linke, ist durchaus nicht ganz richtig. Wenn wir auch diese Thatsache bei vielen Menschen bestätigt finden, so finden wir doch andererseits gerade unter den gewerblichen Arbeitern und Handwerkern ganz bedeutende Abweichungen. So habe ich bei verschiedenen Zimmerleuten sehr oft einen deutlichen Mehrumfang im linken Oberarm gefunden, biceps und triceps waren bei ihnen stärker, bei einigen Steinträgern fand ich eine wesentlich stärkere Ausbildung des linken triceps, so dass auch da der linke Oberarm stärker im Umfange war, bei einigen Steinmetzen, Bildhauern und Putzern fand ich einen ganz wesentlich stärkeren Umfang der rechten Schulter- und Oberarmmuskulatur; dann fand ich bei einigen Installationsarbeitern Lähmungen mit Atrophie des flexor carpi ulnaris und zwar bei einigen vorwiegend links, bei anderen mehr rechts, bei einigen auf beiden Seiten, womit regelmässig mehr oder weniger starke Beugekontrakturen der entsprechenden kleinen Finger und manchmal auch der Ringfinger verbunden waren. Nun, derartige Beispiele lassen sich noch in grosser Menge anführen. Darüber hat man hier zu Lande bisher noch keine genügenden Untersuchungen angestellt, jedenfalls ist bis jetzt noch zu wenig davon bekannt geworden. Hingegen sollen in England sich neuerdings einige Fachmänner mit grossem Fleiss derartigen Studien mit gleichzeitigen Messungen unterzogen haben. Einige politische Tagesblätter brachten vor etlichen Monaten kurze Auszüge aus den englischen Publikationen. Es ist mir leider nicht gelungen, die Quellen zu erfahren; die Redaktion des Blattes, in dem ich

*) Ueber Muskelatrophien werde ich noch Gelegenheit haben, mich an einer anderen Stelle in einem Aufsatz zu äussern.

diese Notiz gelesen, war so unliebenswürdig, mir auf meinen Brief nicht zu antworten.

Das, um was es sich hier aber handelt, ist nichts weiter als ein tieferes Studium der Gewerbehygiene. Es kommt hier darauf an, dass wir uns die gewerblichen Arbeiter genauer ansehen, als wir bisher gewohnt waren, dass wir genau erfahren, wie und unter welchen Bedingungen, in welcher Stellung und Körperlage sie arbeiten, wie schwer und wie lange sie arbeiten. Dann werden wir auch oft eine bisher ungeahnte Menge von körperlichen Deformitäten, Stellungsveränderungen der Gliedmassen und asymmetrischen Ausbildungen einzelner Muskelgruppen finden, Kontrakturen, Lähmungen, Atrophien, Hypotrophien, die sich oft nur auf ganz bestimmte Muskeln oder Muskelgruppen beschränken und deren Vorhandensein allein schon die Anwendung des Bandmasses verbietet, wenn man nicht Verwirrung anstiften will.

Im Speziellen möchte ich noch folgende Einzelheiten hervorheben:

Manche Aerzte messen die Arme nur, wenn sie herabhängen. Dass dies seine Schattenseiten hat, wird sehr bald klar, wenn man bedenkt, dass man dann die prominenten Messstellen sehr schwer findet. Es werden hierbei ferner die Weichtheile immer an den Oberkörper gedrückt, schliesslich stehen selten beide Arme gleich. Es kommt sehr oft vor, dass der eine Arm etwas mehr in Pronation, der andere mehr in Supination steht. Diesem letzteren Umstande wird auch oft zu wenig Rechnung getragen, wenn die Arme horizontal beim Messen gehalten werden. Wenn die beiden Arme nicht ganz gleich gestellt werden, sodass der eine Arm etwas mehr nach der einen oder anderen Seite rotirt ist, dann giebt es ohne Weiteres Differenzen, denn eine geringe Rotation hat auch eine Verlagerung der Muskeln zur Folge, die sich hierbei dehnen, unter Umständen aber auch kontrahiren können.

Derartige Muskelverlagerungen sind aber sehr häufig nicht nur nach Brüchen der Gliedmassen, sondern auch nach Gelenkverletzungen verschiedener Art, auch nach Kontusionen zu finden. Jedenfalls treten sie aber nach Frakturen an den Oberarmen deutlicher zu Tage als an irgend einer anderen Körperstelle. Auf derartige anatomische Veränderungen muss aber unbedingt Rücksicht genommen werden und dürfen die diesbezüglichen Bemerkungen in den Gutachten nie fehlen. Es kann da sehr leicht vorkommen, dass z. B. das Mass um die Schulter, trotz bestehender Atrophie, gerade wegen der Rotation, grösser ausfallen kann als um die unverletzte Schulter.

An den um die Unterarme gewonnenen Umfangmassen kann man oft recht deutlich ihre Haltlosigkeit nachweisen. Mir sind Fälle bekannt, wo die Streckmuskeln des rechten Unterarmes hochgradig mit Furchenbildung atrophirt, während die Beugemuskeln noch relativ gut erhalten und völlig funktionsfähig waren, und die Umfangsmasse k e i n e n Unterschied mit der gesunden Seite aufwiesen. Es macht doch immer auf den unbefangenen Leser einen schlechten Eindruck, wenn aus den Mindermassen ohne Weiteres der Schluss auf eine bestehende Atrophie gemacht wird, ohne Rücksicht darauf, ob nicht die etwa bestehende Atrophie von einem früheren Leiden herrührt, so z. B. wenn der rechte Unterarm nachweislich durch einen vor Jahren erlittenen Bruch seiner beiden Knochen atrophirt war und nun in Folge einer in 6 Wochen völlig verheilten Handgelenkskontusion mit dieser die Atrophie der Muskulatur in Verbindung gebracht wurde.

Zu schematisch ist die Methode, die unteren Extremitäten nie anders als in der Schrittstellung auf der Höhe der Ober- und Unterschenkel zu messen, ohne dass hierbei der Eigenart des Einzelfalles Rechnung getragen wird. Vielfach ist diese Methode vollständig fehlerhaft, da sie anscheinend nur die Messung als solche, nicht aber die genaue Betrachtung der Beine bezweckt und nur das Profilbild anzusehen gestattet. Schliesslich ist hier die Weite des Schrittes keineswegs belanglos, denn, je nach dem Grade der Dehnung der Muskeln muss auch das Umfangsmass anders ausfallen.

Ich halte dagegen die Betrachtung von allen Seiten für wichtiger und eignet sich hierfür am besten die gleichmässige und Parallelstellung der Füsse, weil dadurch bei der Betrachtung von vorn z. B. der innere sowohl als auch der äussere Kopf des quadriceps gleichzeitig in die Augen fällt, was doch besonders nach Knieverletzungen sehr wichtig ist. Die Parallelstellung gestattet auch eine gute Uebersicht über die besonders nach Malleolarfrakturen und auch Kalkaneusbrüchen hervorgerufenen Dislokationen. Dass sich für diese Untersuchungen der von mir konstruirte Stuhl besonders eignet, habe ich in seiner in der Berlin. Klin. Wochenschrift erfolgten Beschreibung erwähnt.

Interessant und darum der Erwähnung werth ist auch die Thatsache, dass bei korpulenten Personen recht tiefe Inspirationsbewegungen von Einfluss auf die Circumferenzen der Oberschenkelmuskulatur sein kann, was sich durch fortgeleiteten Zug von den Bauchdecken auf die Oberschenkelhäute erklären lässt. So habe ich in einigen Fällen an beiden Oberschenkeln auf der Höhe der Inspiration einen Minderumfang von 1 cm gegenüber den Massen in dem Ruhezustande feststellen können.

Ich möchte noch einen Grund anführen, welcher gegen die schematische und ungeeignete Anführung der Umfangmasse in den Gutachten spricht.

Das Laienpublikum, welches unsere Gutachten zu lesen hat, kennt nur e i n e Störung, welche die Muskelatrophie hervorzurufen im Stande wäre, die vorzeitige abnorme Ermüdung des kranken Gliedes, während wir Aerzte doch eine Reihe anderer physiologischer und pathologischer Momente in Erwägung ziehen müssen. Dass aber das Laienpublikum zu dieser Anschauung gelangt ist, ist nur die Frucht unserer eigenen Thätigkeit.

Was das Winkelmass anbetrifft, das wir nicht entbehren können, so besteht sein grösster Fehler gerade darin, dass es nicht angewendet wird. Ich glaube, in der grössten Mehrzahl der Fälle wird der Winkel an den ankylosirten oder kontrahirten Gelenken nur geschätzt. Die Aufzeichnung des Winkels auf ein Blatt Papier und die Feststellung desselben mit dem Transporteur ist schon ein Schritt zum Bessern. Ich glaube, dass die mangelhafte Anwendung des Winkelmasses auch darauf zurückzuführen ist, dass in den chirurgischen Instrumentengeschäften solche fast nie zu haben sind. Wenn man schon die einfachsten Winkelmasse schwer bekommt, dann sind solche für die Fussbewegungen erst recht nicht zu haben.

Am leichtesten könnte man über diese Schwierigkeiten durch Anwendung eines Bleidrahts hinwegkommen. Der am kranken Gelenk mit dem Draht gebogene Winkel kann leicht gemessen werden.

Auch die Anwendung des Tasterzirkels wird oft unter ganz falschen Voraussetzungen gehandhabt.

So sind die an den Malleolen gewonnenen Durchmessermasse, also von der Prominenz des einen Malleolus zu der des anderen, oft geradezu unverständlich.

Vor allen Dingen steht es fest, dass dieses Mass in den einzelnen Körperstellungen schwankend ist. Wenn nun durch Bruch des einen Malleolus eine Gestaltsveränderung desselben eintritt, so braucht der Durchmesser durchaus nicht grösser geworden zu sein, im Gegentheil, der weiche Callus kann unter dem Gipsverband plattgedrückt werden und so auch der Durchmesser kleiner werden als er an dem anderen unverletzten Fuss ist. In vielen Fällen beträgt die Differenz nur ein Mehr von einem Viertel Centimeter an dem verletzten Fuss, was eine

Zahl von 0,25 bedeutet, die schliesslich noch für unwesentlich erklärt wird. Weit wichtiger ist die Feststellung, wie weit sich der gebrochene Malleolus gesenkt oder verbreitert hat und wie er etwa durch seine Gestaltsveränderung die Bewegungen des Fussgelenkes selbst beeinflusst.

Nach allen diesen Ausführungen komme ich zu dem Schluss:

Es ist ganz selbstverständlich, dass wir für unsere Untersuchungen ohne Messungen nicht auskommen. Wir müssen uns aber hüten, die Masse in den Gutachten anzuführen, wenn wir mit ihnen nichts beweisen können, um so weniger, wenn in Laienkreisen durch die Masse eine falsche Vorstellung von dem Krankheitsbilde erweckt werden kann.

Andererseits dürfen wir die Masse da nicht vergessen, anzuführen, wo sie thatsächlich beweiskräftigend wirken und zur Klärung des Sachverhaltes beitragen. Jede unnöthige und besonders schematische Anwendung der Masse ist verwerflich, sie wird schliesslich unwissenschaftlich, wenn wir es unterlassen, die pathologischen Folgen der Massveränderungen anzugeben und zu begründen.

Der Bahnarzt in seiner ideellen und materiellen Stellung.

Nach einem Vortrag im Verein Badischer Bahnärzte.

Von
Dr. **Hildenstab**-Graben.
Bahnarzt.

Mit den gewaltigen Umwälzungen und Veränderungen auf allen Gebieten des menschlichen Lebens, in Industrie und Technik, in Handel, Wandel und Verkehr, die das 19. Jahrhundert gebracht hat in Verbindung mit der sozialpolitischen Gesetzgebung der letzten 10—15 Jahre, trat, wie an alle grosse Betriebsverwaltungen, so auch an die Eisenbahnverwaltungen, beziehungsweise an die einzelnen Staatsregierungen die unabweisliche Pflicht heran, für eine so grosse Zahl von Beamten und Bediensteten Vorkehrungen zu treffen, die einerseits den den Letzteren durch das Gesetz gewährleisteten Humanitätszweck erfüllten, andererseits aber auch die sanitären Momente und die nothwendige Erhaltung und Ausnützung des Personenmaterials sicherten.

Eine Frucht dieser Vorkehrungen ist die Einführung des Instituts der Bahnärzte, das, bei einzelnen deutschen Bahnverwaltungen früher oder später ins Leben gerufen, zwar noch nicht überall einheitlich organisirt ist, dessen richtige Organisation aber im Einverständniss und unter Mitwirkung der zuständigen Verwaltungsbehörden das ideale Ziel sein muss, das die Bahnärzte für die nächste Zeit nicht aus dem Auge verlieren dürfen. Es ist dies um so nothwendiger, als den Bahnärzten neben der Behandlung der erkrankten Beamten und Bediensteten eine Hauptaufgabe auf dem Gebiet der Hygiene zufällt, welch' letzteres jetzt schon so gross, so spezialisirt ist, dass es gelegentlich des zehnten internationalen medizinischen Kongresses in Berlin im Jahre 1890 aus dem Rahmen der allgemeinen Hygiene ausschied und selbsständig als Eisenbahn-Hygiene auftrat.

Die Aufgabe, die dem Bahnarzt gemäss der Vorschriften für den bahnärztlichen Dienst auf diesem Gebiet der Eisenbahnhygiene zufällt, ist keine kleine, und bedarf, soll sie den idealen Zweck erfüllen, der angestrengten Thätigkeit des ganzen Mannes.

Es kann selbstverständlich nicht meine Aufgabe sein, in das Detail der Hygiene des Eisenbahnwesens und der Eisenbahnreisenden näher einzugehen; es genüge hier nur im Allgemeinen des ideellen Interesses, das der Dienst dem Bahnarzt zur Pflicht macht, in Kürze zu gedenken.

In § 1, Abs. 4 der Vorschriften für den bahnärztlichen Dienst bei den **badischen** Staatseisenbahnen ist unter anderen, in den vorausgegangenen Absätzen bereits angeführten Aufgaben, die sich auf ärztliche Behandlung des Personals, auf ärztliche Untersuchungen und Begutachtungen beziehen, genannt: Begutachtung der Wohnungsräumlichkeiten und anderer Einrichtungen sowie sonstiger Angelegenheiten in gesundheitlicher Hinsicht auf Verlangen der Generaldirektion und der Bezirksvorstände; insbesondere auch Prüfung der auf den Stationen befindlichen Rettungskasten. Ferner in Absatz 5, 6 und 7, erste Hilfeleistung an Ort und Stelle bei Unglücksfällen und erste Behandlung des Verletzten; Unterweisung einzelner Bediensteten in der ersten bis zum Eintreffen des Arztes erforderlichen Hilfeleistung und endlich allgemeine Fürsorge für das Personal in gesundheitlicher Beziehung. Aus diesen Vorschriften ist ersichtlich, dass der Bahnarzt nicht nur zur Behandlung der erkrankten Beamten und Bediensteten da ist, sondern dass ihm auch in Beziehung auf Verhütung von Krankheiten eine nicht geringe Rolle zufällt, dass er in allen ärztlich technischen Fragen, die die sanitären Verhältnisse des Eisenbahnwesens und des Eisenbahnpersonals betreffen, als ein wichtiger Faktor erscheint, ohne dessen Beihilfe ein gesicherter Betrieb nicht möglich ist. Ihm obliegt demnach die Kontrole über die Wohnung und über die zum vorübergehenden Aufenthalt von Menschen bestimmte Gebäude, ob dieselben den allgemein giltigen Bauvorschriften entsprechen oder nicht, ob für genügenden Luftraum und zweckmässige Ventilation der Bureaux und anderen Räume (Werkstätten, Schlafstellen etc.) gesorgt ist; ihm obliegt die Sorge für die nöthigen Rettungsmittel und Rettungswerkzeuge, seien sie zum Transport, seien sie zum Verband bestimmt; ihm obliegt die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen und die Begutachtung und die Bestimmung der beanspruchten Entschädigungen und die Konstatirung des Grades der Verletzung etc.; ihm obliegt die Heranbildung eines gut geschulten Personals, das die bis zur Ankunft des Arztes nöthige Hilfe zu leisten im Stande ist; ihm obliegt die allgemeine Fürsorge für das Personal in gesundheitlicher Beziehung und die Beschaffung und Erhaltung eines möglichst dauernden körperlich leistungsfähigen Personals durch zweckmässige Ausnützung der Arbeitskräfte.

Mannichfaltig, aber auch nicht minder verantwortungsvoll ist demnach die Thätigkeit der Bahnärzte und bedeutungsvoll ihre Mitwirkung auf dem Gebiet der Eisenbahnhygiene, hängen doch von ihrem richtigen Handeln Gesundheit und Erhaltung der Arbeitskraft so vieler Beamten und Bediensteten und damit nicht geringe finanzielle Ersparnisse ab; arbeitsreich ist das Feld, das dem Bahnarzt in seinem idealen Ziele zur Bebauung angewiesen, fruchtbringend kann der Boden werden, auf dem sich seine Thätigkeit entfaltet, wenn das Gute vertreten und gefördert, und wenn Nachtheiliges, das sich ihm in den Weg stellt, beschränkt und bekämpft wird. Wie diese Arbeit am besten vollführt wird, was in dieser Hinsicht anzuregen und anzustreben ist, ist nicht Sache des einzelnen Bahnarztes — dazu kann nur der Impuls gegeben werden — Sache sämmtlicher Bahnärzte ist es, durch ihre Uebereinstimmung diesen Impuls zu unterstützen und ihm damit Aussicht auf Erfolg zu geben. Vertretung und Förderung des Guten kann aber nur identisch sein mit Pflege der ideellen Interessen, während Beschränkung und Bekämpfung des Nachtheiligen in der materiellen Sphäre sich abspielt. Da diese materielle Sphäre aber die Summe der materiellen Interessen darstellt, so müssen wir nothwendig, um zur Kenntniss des Nachtheiligen zu gelangen, wie vorhin die ideellen, so jetzt die materiellen Interessen der Bahnärzte einen Augenblick unter die Loupe nehmen.

Wie eingangs erwähnt, entbehrt das Institut der Bahn-

ärzte in den verschiedenen Ländern bis jetzt noch einer einheitlichen Organisation; einige kurze Notizen, die ich der Güte einzelner auf dem Gebiet des Eisenbahnwesens und der Eisenbahnhygiene hervorragender Kollegen verdanke, mögen Ihnen als Beleg dienen.

In Preussen z. B. sind die Gehälter der Bahn- und Bahnkassenärzte verschieden; in Berlin erhält der Bahnarzt ein Fixum, welches sich nach der Zahl der Beamten richtet (etwa 6—7 Mk. für jeden Beamten). Die Bahnkassenärzte erhalten Pauschquanta (5—6 Mk. pro Mitglied) einschliesslich der Behandlung der Familienglieder. Die Bahnarzt- und Kassenstellen liegen häufig in denselben Händen, was die Direktionen mit Vorliebe so einzurichten suchen. Freikarten werden den preussischen Bahnärzten nur für die Strecke, auf welche sich die bahnärztliche Thätigkeit erstreckt, sowie für Reisen zu den Versammlungen des bahnärztlichen Vereins mit der Bemerkung „Im dienstlichen Interesse" gewährt.

In Sachsen liegen die Verhältnisse nicht viel anders: Die sächsischen Bahnärzte sind nicht fest angestellt, sondern das Verhältniss besteht in einem freien Uebereinkommen mit der Generaldirektion und ist widerruflich. Für die Behandlung der überwiesenen Kranken sind bestimmte Sätze festgesetzt, die aber nicht überall dieselben sind. Jeder Bahnarzt erhält eine Freikarte für die Strecke, auf der sich seine Thätigkeit befindet.

In den Reichslanden existiren Bahnärzte seit Uebernahme der Bahnen von Seiten des Deutschen Reichs. Die Bezahlung derselben erfolgt durch Aversum, das sich nach dem Umfang der Thätigkeit richtet und zwischen 600 und 3000 M schwankt. Freikarte wird dem Bahnarzt nur für die ihm zugewiesene Strecke gewährt. Im Verhinderungsfall des Bahnarztes erhält der Stellvertreter die Freikarte.

Bei den bayerischen Staatsbahnen ist den Bahnärzten innerhalb der ihnen zugewiesenen Thätigkeit für die Eisenbahnverwaltung die Eigenschaft öffentlicher Medizinalbeamter zuerkannt. Der amtsärztliche Charakter der Bahnärzte hat jedoch nur innerhalb der Sphäre ihres dienstlichen Verhältnisses zur Staatseisenbahnverwaltung zur Wirkung zu kommen, und ist jeder Eingriff in das Gebiet des übrigen staatsärztlichen Dienstes dabei ausgeschlossen. Das Institut besteht aus einem Oberbahnarzt und 250 Bahnärzten. Eine aus drei Bahnärzten bestehende Kommission hat ihr Gutachten abzugeben, das nur noch dem Obergutachten der Generaldirektion unterliegt. Innerhalb seines Bezirkes ist der Bahnarzt auf Grund einer ihm durch die Generaldirektion ausgefertigten Jahreskarte zur taxfreien Eisenbahnfahrt in II. Wagenklasse berechtigt. Bezüglich der freien Fahrt ausserhalb des Bezirkes sind die Bahnärzte den Eisenbahnbeamten gleichgestellt und erhalten daher hierzu Vorweise für das Netz der bayerischen Staatseisenbahnen bezw. Freifahrtempfehlung für andere Eisenbahnverwaltungen durch die Oberbahnämter, zu ausserdienstlichen Fahrten auf Ansuchen. Die Vergütung für die Dienstleistung geschieht durch ein Aversum, dessen Höhe sich berechnet bei den Bezirken mit Streckendienst nach der Zahl der Kilometer, die der betreffende Bezirk umfasst, oder bei Bezirken in grösseren Stationen mit mehr Personal nach der Zahl der im Bezirk wohnenden Beamten und Bediensteten. Bei der Berechnung des Aversums wird im Allgemeinen bei den ersteren Bezirken für den Kilometer 36 M, bei den letzteren Bezirken für den Verheiratheten 9 M, für den Ledigen 3 M zu Grunde gelegt.

Bei uns in Baden besteht das Institut der Bahnärzte seit 1. Juli 1889; die badischen Bahnärzte sind nicht fest angestellt, sondern stehen in einem Vertragsverhältniss mit der Grossh. Generaldirektion mit vorausgehender dreimonatlicher Kündigung bei etwaiger beabsichtigter Auflösung des Vertrages von Seiten der vertragabschliessenden Theile. Ein den vertragsmässigen Verpflichtungen fortgesetzt nicht entsprechendes Verhalten des Bahnarztes berechtigt jedoch die Eisenbahnverwaltung zur Auflösung des Vertragsverhältnisses ohne Einhaltung der Kündigungsfrist. Für Besorgung des bahnärztlichen Dienstes wird ein Aversum, das sich in seiner Höhe nach der Zahl der zu behandelnden Familien richtet und zwischen 6 und 16 M pro Familie schwankt. Für die Strecke seiner Thätigkeit wird dem Bahnarzt, sowie bei dessen Verhinderung seinem Stellvertreter, eine Freikarte gewährt.

Sie entnehmen aus diesen Notizen einerseits die Thatsache, dass die materielle Stellung der Bahnärzte in den genannten Ländern, mit Ausnahme von Bayern, im Grossen und Ganzen nicht wesentlich von einander differirt; Sie entnehmen auch andererseits — und ich möchte dies gerade an dieser Stelle betonen — dass speziell die Bahnärzte in Baden, meines Wissens das jüngste Kind unter den deutschen Bahnärzten, in ihrer materiellen Stellung nicht zurückstehen hinter denjenigen in Preussen, Sachsen und den Reichslanden.

Nach diesem kurzen Ausblick auf die materielle Stellung der deutschen Bahnärzte drängt sich nun unwillkürlich die Frage auf: „Ist diese materielle Stellung eine derartige, dass den idealen Aufgaben, die der Dienst an den Bahnarzt stellt, voll und ganz entsprochen werden kann?" In Anbetracht, dass die Bahnärzte es bisher verstanden haben, ihre materiellen Interessen, so gut es die Verhältnisse erforderten, mit den ideellen in Einklang zu bringen und ihren Pflichten in kurativer wie hygienischer Hinsicht vorschriftsmässig nachzukommen, könnte die Beantwortung dieser Frage als eine bejahende gedeutet werden, freilich nur in dem Sinne, dass damit nicht gesagt ist, dass sie den Mangel einer Besserstellung ihrer materiellen Lage nicht empfunden hätten. Im Gegentheil: gerade der Umstand, dass in Anbetracht der Erkenntniss und richtigen Würdigung der bahnärztlichen Thätigkeit als einer eigenartigen, spezialistischen, eine einheitliche Organisation im Interesse des Dienstes erst recht nothwendig geworden ist, wurde für die Bahnärzte der erste Anlass, sich enger an einander anzuschliessen, um eine gemeinsame Stätte zur Pflege ihrer ideellen und materiellen Interessen zu besitzen. Bei der am 9. September 1889 in Berlin stattgefundenen ersten Versammlung deutscher Bahnärzte, sowie gelegentlich des zehnten internationalen medizinischen Kongresses in Berlin im Jahre 1890 wurde deshalb auch dem Wunsche nach einer einheitlichen Organisation und zwar im Sinne und nach dem Muster der bayerischen Organisation ganz besonders beredter Ausdruck verliehen.

Wie Sie aus den Ihnen vorhin mitgetheilten Notizen ersahen, ist Bayern dasjenige Land, in dem das Institut der Bahnärzte am besten organisirt erscheint. Neben der gleichmässigeren Honorirung des Bahnarztes nach der Strecke bezw. nach der Familie in Bezirken ohne Streckendienst, tritt dort gleichsam als punctum saliens die Eigenschaft des Bahnarztes als öffentlicher Medizinalbeamter hervor, eine Eigenschaft, die wohl unbestritten zur gewissenhaften und pflichtgetreuen, aber auch freudigen Durchführung des bahnärztlichen Dienstes, besonders auf dem Gebiete der Hygiene, ebenso wünschenswerth als nothwendig ist, und gleichsam als Aequivalent für die ideale Aufgabe des Bahnarztes anzusehen sein dürfte. Zum Beweise dieser Behauptung glaube ich nicht hinabsteigen zu müssen zu den Einzelfällen des täglichen Lebens, wie sie ja zweifellos jedem Bahnarzt hinreichend zur Verfügung stehen; ich halte es für genügend, daran zu erinnern, dass die Einrichtung in Bayern sich so gut bewährt und bei der Verwaltung wie bei den Aerzten sich so beliebt gemacht hat, dass schon nach dem ersten Jahre ihres Bestehens eine äussere Anerkennung ihrer

Leistungen von Seiten der Volksvertretung wie der Staatsregierung ihr zu Theil ward in der Weise, dass der Kostenaufwand für die Bahnärzte namhaft erhöht wurde und dass der Minister v. Pfretzschner sich s. Z. sehr anerkennend über die Thätigkeit der Bahnärzte ausgesprochen hat.

Eine materielle Stellung der Bahnärzte nach bayerischem Muster dürfte demnach eine den idealen Aufgaben des bahnärztlichen Dienstes mehr entsprechende und deshalb als eine von allen Bahnärzten anzustrebende anzusehen sein, und Sache des „Vereins deutscher Bahnärzte“ muss es sein, dieses Ideal nicht aus den Augen zu verlieren; denn frei von allen hemmenden Rücksichten, die dem Einzelnen entgegenstehen, kann und darf nur er als Vertreter der Gesammtheit den Versuch wagen, für die ideellen und materiellen Interessen der Bahnärzte das Wort zu führen und die Erstrebung des genannten Ideals auf sein Banner zu setzen, dessen Hochhaltung einem jeden Bahnarzt Ehre und Pflicht gebieten.

Freilich sind die sich entgegenstellenden schweren Bedenken in finanzieller Hinsicht nicht ausser Acht zu lassen und bedürfen sicherlich der ernstesten Würdigung; allein wie überall im Leben, so gilt auch hier der Erfahrungssatz, dass oft Einrichtungen anscheinend kostspieliger Art doch als billig zu bezeichnen sind, wenn damit die Erreichung eines guten Zweckes gesichert ist. Und wenn die Staatsregierungen in ihrer stetigen unermüdlichen Fürsorge für das körperliche und geistige Wohl ihrer Unterthanen vor den grössten Opfern, die die Fortschritte der Wissenschaft von ihnen verlangen, nicht zurückschrecken, sondern sie im Hinblick auf den humanitären Zweck gerne bringen, so würde das kleine Opfer für das materielle Interesse der Bahnärzte nur eine einfache und nothwendige Konsequenz sein und zur Erleichterung der Aufgaben in idealer Beziehung nicht wenig beitragen.

Möge es den weiteren Anstrengungen sämmtlicher Bahnärzte gelingen, bei den einzelnen Staatsregierungen ein williges und geneigtes Ohr für ihre hygienischen sowohl, wie für ihre materiellen Wünsche zu finden!

Wer soll Gutachten ausstellen?

Von

Dr. **Georg Müller**-Berlin.

Zur Abschätzung der durch einen Unfall bedingten Erwerbsbeeinträchtigung bedürfen die Berufsgenossenschaften sowohl als die höheren Instanzen, die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt eines ärztlichen Gutachtens, aus welchem sie mit Sicherheit ein Bild von der dem Verletzten verbliebenen Erwerbsfähigkeit erlangen können. Diese genannten Instanzen haben sich mit geringer Ausnahme daran gewöhnt, dass der betreffende begutachtende Arzt am Schlusse seines Gutachtens einen Vorschlag zur prozentualen Entschädigung macht, dem zumeist Folge gegeben wird. Es haben damit die ärztlichen Gutachten durch die Einführung des Unfall-Versicherungsgesetzes an Zahl ungeheuer zugenommen und im ganzen sozialen Leben eine enorme Bedeutung gewonnen; ebenso hat sich für den Arzt durch seine gutachtliche Thätigkeit ein neues praktisches Schaffensgebiet erschlossen. Wie ich schon oben anführte, wird den im ärztlichen Gutachten in Bezug auf Rentenentschädigung gemachten Vorschlägen zumeist entsprochen, weil dem Gutachten ein durchaus objektiver Charakter zuerkannt wird. Und gerade diese strenge Objektivität ist es, welche dem Gutachten gewahrt werden muss, sofern es auch in Zukunft seinen ideellen Werth bewahren soll, und auch jeder Schatten eines Mangels an Objektivität ist ängstlich zu vermeiden. Nun wird gerade den Leitern solcher Institute gegenüber, welchen Verletzte zur möglichsten Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit nach Heilung des primären Unfalles überwiesen werden, nicht selten in den Kreisen der Verletzten, und jüngst auch an massgebender Stelle, im Reichsversicherungsamt,*) die Vermuthung ausgesprochen, dass sie geneigt seien, die Erwerbsbeeinträchtigung bei der Entlassung aus ihren Instituten zu niedrig zu bemessen. Ich für mein Theil, als auch im Namen aller anderen Institutsinhaber weise diesen Vorwurf mit Entschiedenheit zurück, erkenne aber gern an, dass man leicht versucht sein kann, uns eine derartige zu niedrige Abschätzung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu insinuiren, da man ja immerhin sich sagen kann, dass, während andere Gutachter absolut kein Interesse daran haben, ob der Verletzte eine hohe oder niedrige Rente bekommt, der Institutsinhaber wohl ein berechtigtes Interesse daran hat, dass die Erwerbsfähigkeit so weit als möglich hergestellt, und damit eine nur möglichst geringe Rente gewährt zu werden braucht. Ist dieses Streben einerseits ganz selbstverständlich — denn zur Heilung werden uns ja die Verletzten überwiesen — so werden wir andererseits den Vorwurf, zu niedrig einzuschätzen, nicht immer umgehen können, besonders dann, wenn andere Gutachter nach uns zu einer höheren Einschätzung gelangen. Und diese Verhältnisse sind geeignet, sowohl das Ansehen der Institutsleiter als auch den Werth des ärztlichen Gutachtens überhaupt zu beeinträchtigen. Deshalb muss hierin Wandel geschaffen werden — und dies ist nicht allzuschwer. Wie dies ungefähr zu erreichen wäre, will ich nun in Kurzem erörtern.

Bis jetzt war es Brauch, dass, wenn ein Verletzter aufgenommen wurde, ein Aufnahmebefund und vor der Entlassung ein Abgangsbefund aufgenommen wurde. Diese beiden Befunde kamen dann in das Schlussgutachten, ferner wurde in diesem erörtert, welcherlei Besserung durch die Institutsbehandlung erreicht sei, und schliesslich wurde gesagt, zu wieviel Prozent der Verletzte noch erwerbsbeeinträchtigt sei. — Nunmehr möchte ich folgendes Verfahren vorschlagen. Sobald der Verletzte aufgenommen wird, wird gemeinsam mit dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft der Aufnahmebefund festgestellt und von beiden unterzeichnet zu den Akten eingereicht. Durch regelmässig zu wiederholende gemeinsame Untersuchungen wird gemeinsam der Tag der Entlassung bestimmt. Vor der Entlassung wird wiederum ein gemeinsamer Befund aufgenommen und zu den Akten überreicht. Damit endet die Thätigkeit des Institutsleiters. Der Vertrauensarzt stellt nunmehr in einem ausführlichen Gutachten auf Grund der beiden Befunde fest, ob und wieweit eine Besserung eingetreten ist, und macht unter genauer Motivirung seine Vorschläge für die Höhe der Rentengewährung.

Ich halte diesen Modus für durchaus opportun und leicht durchführbar, und ich bin überzeugt, man wird ein solches Vorgehen überall sympathisch begrüssen, und indem wir uns hierdurch selbst vor allen berechtigten oder unberechtigten Vorwürfen salviren, nutzen wir zugleich dem Ansehen des ärztlichen Gutachtens und befestigen unsere Stellung, die wir Aerzte bei der Realisirung des Unfall-Versicherungsgesetzes auszufüllen berufen sind.

Referate.

Ueber eine Fraktur des zweiten linken Rippenknorpels mit eigenthümlichen Nebenerscheinungen.

Von Dr. Ferd. Bähr.

(Archiv für klinische Chirurgie, Band XLVIII, Heft 4.)

Bei einem 27jährigen, kräftigen und sonst ganz gesunden Manne trat bei einer Belastung der linken Schulter durch einen Balken ein Bruch des zweiten Rippenknorpels links ein. Er

*) Siehe No. 6 dieser Zeitung.

spürte plötzlich heftige Schmerzen auf der Brust, musste sich festhalten, um nicht zu stürzen und wurde mit Hülfe Anderer nach Hause gebracht. Der alsbald hinzugerufene Arzt konstatirte Anschwellung und Druckempfindlichkeit der linken Brustseite, keine äussere Verletzung, Cyanose des Gesichts, der Zunge und der Lippen, die Herzthätigkeit erregt, der Puls alle drei bis vier Schläge aussetzend, sechzig in der Minute. Ueber allen Herzostien und über dem Sternum war ein deutliches, schabendes, blasendes Geräusch hörbar, welches im zweiten Interkostalraum links nur als blasendes Geräusch sich zeigte. Die Herztöne waren durch die Geräusche ganz verdeckt. Nach fünf Wochen nahm Patient wieder leichtere Arbeit auf. — Verfasser, der den Mann etwa vier Monate später sah, stellte an ihm fest, dass die linke obere Brustseite neben dem Sternum noch etwas hervortrat; die zweite Rippe springt am Brustbein etwas in ihrer Gelenkverbindung mit dem Sternum vor; der Rippenknorpel ist in der Mitte verdickt und ragt um drei Centimeter hervor, und ist sowohl an dieser Stelle als in seiner Umgebung druckempfindlich. Ueber der ganzen Herzgegend, nur an der Spitze fehlend, bemerkte er ein systolisches, schabendes Geräusch, am stärksten am angulus Ludovici. Die Töne an den Klappen sind daneben deutlich zu hören, der zweite Pulsomalton etwas laut. Verfasser deutet den Fall so, dass im Anschluss an die Fraktur des zweiten Rippenknorpels eine begrenzte Blutung hinter der vorderen Thoraxwand nach dem Mediastinum anticum vortretend stattfand. Der Erguss hat zunächst auf das Herz und die grossen Gefässe gedrückt und das Kompressionsgeräusch hervorgerufen. An diese erste Veränderung schloss sich eine chronische im vorderen Mediastinalraum, welche wahrscheinlich zu Adhäsionen und Verwachsungen führte. Da die Verletzung in unmittelbarer Nähe des Brustbeins stattfand, so machte sie ähnliche Erscheinungen wie eine Fraktur des Sternums. Die Blutung kann in einer Verletzung des Art. intercostalis oder der Art. mammaria interna ihren Ursprung gehabt haben. — Verfasser erklärt dann den Mechanismus der isolirten Fraktur des zweiten Rippenknorpels aus dem Umstand, dass der untere Rand der zweiten Rippe vier Centimeter nach aussen von dem der ersten Rippe liegt, bei einer Höhendifferenz von nur vier Centimeter. Bei der Inspiration, an welcher die zweite Rippe ausgiebigeren Antheil nimmt als die erste, wird die Höhendifferenz geringer, der Horizontalabstand grösser und damit die Lage der zweiten Rippe exponirter für die Einwirkung der Gewalt. B.

Ueber gespaltene Herztöne bei gesunden Personen.

Von Dr. Landgraf.

(Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 1895. Heft 1.)

Verfasser spricht die Erfahrung aus, dass häufiger, als man denkt, die Unbekanntschaft mit völlig in den Bereich des Gesunden fallenden Erscheinungen am Herzen zu falschen Schlüssen verleitet. Für alle Aerzte sei es bei ihren gutachtlichen Entscheidungen Pflicht, sich genaue Rechenschaft zu geben von den Grenzen, wo Krankheit und Gesundheit sich scheiden. Die allgemeine Annahme ginge bekanntlich dahin, dass der erste Ton über der Herzspitze und der dreizipfligen Klappe dem Schluss der Atrioventrikularklappen seine Entstehung verdankt. Der erste Ton über Aorta und Pulmonalis entsteht in diesen Gefässen nach Anschauung der Einen in der plötzlich in Schwung versetzten Gefässwand, nach Meinung der Andern in der plötzlich in die Gefässe einströmenden Flüssigkeitssäule. Der zweite Ton über Aorta und Pulmonalis verdankt seine Entstehung der Anspannung der halbmondförmigen Klappen dieser Gefässe. Im Ganzen also werden im Verlauf einer Herzbewegung sechs Töne gebildet. — Das Vorkommen gespaltener Herztöne bei gesunden Personen sei seit langer Zeit bekannt. Uneinigkeit indess bestehe bei den Autoren sowohl hinsichtlich der Frage, welcher von beiden Tönen am häufigsten die Spaltung zeige, als auch hinsichtlich des diagnostischen Werthes der Erscheinung. Verfasser hat nun bei 594 ganz gesunden Soldaten Untersuchungen darüber angestellt, und kommt nach dem Resultat derselben und auf Grund der durch die Martins'schen Untersuchungen (s. S. 28) in No. 3 der Aerztl. Sachverst.-Zeitung) zu folgenden Schlüssen:

1. Eine Spaltung des zweiten Tones kommt bei gesunden Leuten im Anfang der zwanziger Jahre nicht vor.

2. Die Spaltung des ersten Tones ist eine sehr häufige Erscheinung.

3. Die Spaltung des ersten Tones hat keine diagnostische Bedeutung. Eine etwaige Spaltung des zweiten Tones bei anscheinend ganz gesunden Leuten muss zur Vorsicht mahnen.

4. Es ist am wahrscheinlichsten, dass die Spaltung des ersten Tones auf einer zeitlichen Differenz beruht zwischen den Klappentönen der Mitralis und Triuspidalis und den ersten Tönen der Aorta und Pulmonalis. P.

Doppelseitige Fraktur des Schläfenbeines.

Von W. Vulpius.

Arch. of Otolog. Okt. 1893.

Nach einem Fall auf den Kopf mit Blutung aus dem linken Ohre und vorübergehender Bewusstlosigkeit fand sich drei Monate später ausser Sausen und Schwindel höchstgradige Taubheit auf dem rechten Ohre, sowohl für Luft-, wie für Knochenleitung, rechtsseitige Facialislähmung und Gesckmackslähmung im vorderen Drittel der rechten Zungenhälfte. Das rechte Trommelfell war ziemlich normal. Dagegen fand sich links im Gehörgang ein Blutgerinnsel und Ruptur des Trommelfelles, aber verhältnissmässig gutes Gehör und kein Zeichen von Nerventaubheit. Vielleicht hatte das gesprengte Trommelfell als Sicherheitsventil für das linke Labyrinth gedient.

Teichmann.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

(Amtl. Nachrichten d. R.-V.-A. 1895, No. 4.)

Tod in Folge eines durch hochgradige Erregung verursachten Herzschlages als Betriebsunfall.

In einem Kiesgrubenbetriebe wurde durch das Umstürzen von drei vollbeladenen Eisenbahn-Lastwagen ein Arbeiter verschüttet. Hierüber wurde der den Zug führende Kutscher, welcher an Herzklopfen litt, vor Schreck derart erregt, dass er bei dem Versuche, mit den Händen den Kies von dem Verschütteten wegzuscharren, plötzlich todt zusammensank. Das Reichs-Versicherungsamt hat durch Rekursurtheil vom 5. Juni 1893 die die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verurtheilende Entscheidung des Schiedsgerichts mit folgender Begründung bestätigt:

Nach dem Gutachten des Kreisphysikus war das geschilderte Ereigniss durchaus geeignet, dem Verstorbenen einen heftigen Schreck einzuflössen, und dieser Schreck wiederum dazu angethan, bei nicht ganz gesunder Beschaffenheit des Herzens einen Herzschlag zu bewirken. Hiernach hat das Rekursgericht die Ueberzeugung erlangt, dass der Herzschlag, welchem der Verstorbene erlegen ist, eine Folge der hochgradigen, durch ein Betriebsereigniss unmittelbar erzeugten seelischen Erregung gewesen ist. Der Tod ist deshalb als mittelbar durch den Betrieb verursacht zu erachten, und diese Feststellung genügt zur Verurtheilung der Beklagten, die Kläger als die Hinterbliebenen nach § 6 des Unfallversicherungsgesetzes zu entschädigen.

Nach den Grundsätzen, von denen im Vorstehenden ausgegangen ist, gelangte das Reichs-Versicherungsamt in letztinstanzlicher Entscheidung von demselben Tage gleichfalls zur Annahme eines Betriebsunfalles in folgendem eigenartigen Falle:

Ein bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft gegen die Folgen von Unfällen versicherter Grubendirektor hatte bei einem Wasserdurchbruch in der von ihm geleiteten Grube persönlich die schwierigen und nicht ungefährlichen Rettungsarbeiten in der Grube geleitet und hierbei viele Stunden bis zur Brusthöhe im Wasser stehend zubringen müssen. In Folge der mit diesem Vorfall verknüpften Gemüthserregung und einer durch den Temperaturwechsel bei der Ausfahrt hervorgerufenen Erkältung verschlimmerte sich ein bis dahin ungefährliches Herzleiden des Grubendirektors derart, dass er einige Monate später daran starb.

Das Schiedsgericht hat in dem beschriebenen Ereigniss, das bei dem Herzleiden des Verstorbenen die Wendung zum Schlimmeren hervorgerufen hatte, einen Betriebsunfall gesehen und die Berufsgenossenschaft, welche dieses verneint und die Ansprüche der Hinterbliebenen zurückgewiesen hatte, zur Zahlung einer Rente an die Letzteren verurtheilt. In den Gründen des Schiedsgerichtsurtheils finden sich folgende Ausführungen von allgemeinerem Interesse:

„Unter einem ‚Unfall bei dem Betriebe' ist die Einwirkung eines äusseren Thatbestandes auf einen Menschen zu verstehen, welche für den Betroffenen, ohne von diesem gewollt zu sein, eine Störung der körperlichen oder geistigen Gesundheit nach sich zieht und auf ein zeitlich bestimmbares, in einen verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss bei der Betriebsthätigkeit ursächlich zurückzuführen ist. Hierbei fordert das Gesetz nicht, dass die eingetretene Gesundheitsstörung eine unmittelbare Folge der schädigenden Einwirkung, und ebensowenig, dass der Betrieb die alleinige Ursache der Erkrankung oder des Todes gewesen sein müsse. Ein ursächlicher Zusammenhang der Körperverletzung oder des Todes mit dem Betriebe ist vielmehr auch in denjenigen Fällen anzunehmen, in welchen eine äussere, bei der Betriebsthätigkeit wirksam gewordene, schädigende Einwirkung auf den Körper des Betroffenen zu einer Verschlimmerung eines bereits bestehenden oder in der Anlage vorhandenen Leidens beigetragen hat. Denn, da der Gesetzgeber das Objekt seiner Fürsorge in jedem Momente seiner Beschäftigung ohne Rücksicht auf die vielleicht von der normalen abweichenden Körperbeschaffenheit und das durch die etwa vorhandene krankhafte Veranlagung gegebene Risiko gegen die Folgen von Betriebsunfällen versichert sein lässt, so hat er also auch den Versicherten in vollem Umfange und in dem Körperzustande, wie er gerade von dem Betriebsunfall betroffen wird, versorgt wissen wollen. Unwesentlich ist ferner auch die Art und Weise, in welcher sich die Einwirkung des schädigenden Betriebsereignisses auf den Körper des Betroffenen vollzieht, ja es bedarf sogar der sofortigen äusserlichen Erkennbarkeit der Folgen der Schädigung nicht, da selbst rein psychische Einwirkungen, wie Aufregung oder Schrecken, den Begriff des Betriebsunfalles erfüllen können, und es genügt, wenn eine erst später hervorgetretene Störung des normalen Gesundheitszustandes ursächlich auf die Einwirkung eines mit der Betriebsthätigkeit zusammenhängenden, zeitlich hinreichend begrenzbaren Ereignisses mit Sicherheit oder doch mit einer dem vollen Nachweise sich nähernden Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden kann."

Das Schiedsgericht wendet sodann diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an und kommt zu dem Schluss, dass danach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Betriebe und der Thätigkeit des Verstorbenen bei Gelegenheit desselben einerseits und dem Tode des letzteren andererseits ohne Zweifel vorhanden sei. „Es kommt mithin" — wie es in den Gründen weiter heisst — „bei der Beurtheilung des Entschädigungsanspruchs der Kläger im Wesentlichen nunmehr auf die Feststellung an, ob das Grubenunglück in dem vorhin dargelegten Sinne die schon eingangs erwähnte Bedingung für das Vorliegen eines Betriebsunfalls erfüllt, nach welcher die dem Versicherten zugefügte Schädigung der Gesundheit auf ‚ein zeitlich bestimmbares, in einen verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss' zurückzuführen sein muss. Das Kriterium der Plötzlichkeit der schädigenden Einwirkung, dessen Abwesenheit die Beklagte in Beziehung auf den vorliegenden Fall behauptet, dient bei der Feststellung des Begriffs des Betriebsunfalls vorzugsweise zur Hervorkehrung des praktisch wichtigen Gegensatzes, durch welchen die akute Einwirkung (der Unfall) beziehungsweise Betriebsunfall der chronischen Einwirkung (Gewerbekrankheit) und ferner denjenigen Schädigungen gegenüber gestellt wird, die als das Endergebniss des andauernden Einflusses ungesunder Betriebsstätten einzutreten pflegen. Von einer Gewerbekrankheit, also einer Gesundheitsstörung, bei welcher die Art der regelmässigen Beschäftigung oder die der Gesundheit allgemein nachtheilige Betriebsweise durch ihre langedauernde Einwirkung auf den menschlichen Körper eine allmähliche Affektion desselben hervorbringt, kann in Bezug auf das Herzleiden des Verstorbenen offenbar nicht die Rede sein. Einmal wird nicht behauptet werden können, dass der Betrieb eines Kohlenbergwerks für die darin dauernd beschäftigten Personen mit einer besonderen Gefahr der Herzerkrankung verknüpft sei. Damit kommt ohne Weiteres schon das wesentlichste Kriterium der Gewerbekrankheit in Wegfall. Ueberdies aber vollzog sich gerade die regelmässige Betriebsthätigkeit des Verstorbenen ihrer Natur nach im Wesentlichen ausserhalb des eigentlichen Grubengebäudes. Seine Stellung als technischer Leiter des Bergwerks brachte weder einen regelmässigen, noch auch einen audauernden, sondern immer nur einen vorübergehenden Aufenthalt im Innern der Grube mit sich, sodass er im gewöhnlichen Verlaufe seiner Beschäftigung den Schädlichkeiten des eigentlichen Bergwerksbetriebes überhaupt nicht oder doch nur in ganz geringem Masse ausgesetzt war.

Erst durch ein begrenztes, in einen bestimmten und verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss — den Wasserdurchbruch — wurde der Verstorbene in die Nothwendigkeit versetzt, in für ihn ungewohnter Weise in der Grube persönlich thätig zu sein und die in diesem Falle abnorm gesteigerten Schädlichkeiten auf sich einwirken zu lassen. Allerdings ist der durch den Wasserdurchbruch geschaffene äussere Thatbestand nicht der Unfall selbst, und eben so würde es begrifflich und logisch unrichtig sein, wenn man die durch jenen einwirkenden Thatbestand geschaffene Körperschädigung als solche mit dem Begriffe des Unfalles im gezetzlichen Sinne identifiziren wollte. Nicht der äussere Thatbestand, welcher auf den Menschen körperlich einwirkt, aber auch nicht die Körperbeschädigung oder der Tod, welche durch die Einwirkung verursacht werden, sondern das Ereigniss der Einwirkung selbst muss als der Unfall aufgefasst werden. Nicht der Wasserdurchbruch an sich, welcher ja auch, so weit bekannt, für alle übrigen Betheiligten schädliche Folgen nicht gehabt hat, ist als Unfall anzusehen, vielmehr liegt der Unfall darin, dass die durch den Wasserdurchbruch geschaffenen äusseren Umstände im konkreten Falle eine schädigende Einwirkung auf den Körper des Verstorbenen ausgeübt haben. Aber auch bezüglich des Verhältnisses der schädigenden Einwirkung zu ihren Folgen ist eine gleich strenge Sonderung der Begriffe in Rücksicht auf die logische Würdigung der Sachlage geboten. Die erst später erkennbar gewordenen

pathologisch-anatomischen Veränderungen des Herzens, die ganze Reihe der durch sie bedingten, sich in feststellbarem Kausalzusammenhange an sie anschliessenden Krankheitssymptome und endlich der Tod selbst fallen nicht mehr unter den Begriff des Unfalls, sondern sind von diesem isolirt als Folgen des Unfalls aufzufassen.

Für den hier allein noch interessirenden Nachweis des Betriebsunfalles selbst aber ist die Klarstellung der zeitlichen Beziehung der schädigenden Einwirkung von entscheidender Wichtigkeit.

Das Gesetz bietet für eine genaue Begrenzung des Zeitraumes, innerhalb dessen die schädigende Einwirkung auf den Körper, sofern sie als Betriebsunfall gelten soll, vollzogen, das heisst entstanden und beendet sein muss, keinen Anhalt, wie es ja auch in Bezug auf die Feststellung des kausalen Zusammenhanges zwischen Unfall und Betrieb bestimmte Normen vermissen lässt, nach welchen in einheitlicher Weise eine Bedingung des Erfolges unter allen anderen in der Kausalreihe liegenden Bedingungen herausgehoben und als „Ursache“ (im Rechtssinne) bezeichnet werden könnte. Die genaue Festlegung des Kausalbegriffs scheitert eben an der Unmöglichkeit, objektive Kriterien für eine entscheidende Norm zu gewinnen, da offenbar die Heraushebung einer Bedingung des Erfolges unter den übrigen ihren Grund nicht in der Sache selbst, sondern in dem Standpunkte und Interesse hat, von dem der das kausale Verhältniss Betrachtende ausgeht. Das Gleiche trifft nun auch für die Feststellung der zeitlichen Eigenschaft des Unfallbegriffs zu. Jede scharf begrenzte Festlegung des Unfallbegriffs nach seiner zeitlichen Seite hin muss nothwendig eine willkürliche bleiben, denn auch hier können die Gründe für eine normative Zeitbegrenzung nicht aus der Sache selbst oder aus inneren Nothwendigkeiten hergeleitet, sondern lediglich aus dem äusseren praktischen Bedürfnisse der Verwaltung und Rechtsprechung entnommen werden. Wenn man sich in der Rechtsprechung gewöhnt hat, als Bedingung für die Anerkennung des Betriebsunfalls den Nachweis zu fordern, dass die schädigende Einwirkung auf den Körper des Betroffenen auf ein in einen „verhältnissmässig kurzen“ Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss zurückzuführen sein müsse, so kann in diesem Nothbehelf nur eine annähernde, nicht aber eine faktische und radikale Lösung der Schwierigkeiten gegefunden werden. Wenigstens bietet diese Begriffsbestimmung keinen Massstab dar, der auf alle vorkommenden Fälle eine gleichmässige und zweifelsfreie Anwendung finden könnte. Hierzu würde es vorher einer genauen Kennzeichnung dessen bedürfen, was nun unter einem „verhältnissmässig kurzen Zeitraum“ verstanden werden soll. Da nun eine genaue Definition dieses Begriffs, wie vorhin dargelegt, willkürlich sein würde und auch aus anderen Gründen nicht angängig erscheint, so wird in jedem konkreten Falle nach den vorhandenen Umständen geprüft werden müssen, ob die schädigende Einwirkung des äusseren Thatbestandes auf den Körper in einem als für sich genügend abgegrenzt erkennbaren Zeitraum vollendet gewesen ist. Es wird daher ein Unfall in denjenigen Fällen als vorliegend anzunehmen sein, in welchen sich eine — entweder sofort hervorgetretene oder erst später, jedoch in nachweisbarem kausalen Zusammenhange mit jenem zeitlich begrenzten Ereignisse erkennbar gewordene — Störung der Gesundheit als eine nicht gewöhnliche Folge der Betriebsthätigkeit darstellt. Die Beklagte geht demnach zu weit, wenn sie die Plötzlichkeit der Einwirkung im Sinne des Momentanen zur Bedingung für die Anerkennung des Betriebsunfalles gemacht wissen will. Folgt man ihr aber auch auf diesen Boden, so ergiebt sich bei näherer Betrachtung, dass auch in dieser Richtung keine Thatumstände vorliegen, welche zu einer Abweisung des klägerischen Anspruchs führen könnten. Denn schon die Feststellung, dass die Einwirkung plötzlich — zu irgend einem bestimmten Zeitpunkte (quodam, nicht certo momento) — vollzogen, das heisst entstanden und beendet gewesen sein muss, genügt, um einen Unfall zu konstatieren, während die genaue Kenntniss, wann dieser Moment gewesen ist, für den Richter nach dieser Hinsicht jedenfalls ohne Bedeutung bleibt. So wird man beispielsweise einem Bergmann, der bei einer längere Zeit andauernden Schiessarbeit einen Trommelfellriss und damit eine Gehörstörung erlitten hat, die gesetzliche Fürsorge auch dann nicht versagen dürfen, wenn es an dem genauen Nachweise dafür fehlt, welcher einzelne der abgegebenen Sprengschüsse die Ursache jener Gesundheitsstörung gewesen, und zu welchem Zeitpunkte sie eingetreten ist, sondern es muss die Feststellung ausreichen, dass überhaupt eine akute Einwirkung der Schallwellen die erwähnte Störung der Körperintegrität bewirkt hat.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in der Rekursentscheidung vom 5. Juni 1893 näher ausgeführt, dass diese Darlegungen im Hinblick auf die Eigenart des vorliegenden Falles eine Verletzung bisher von ihm selbst angenommener Rechtsgrundsätze nicht erkennen lasse, und das schiedsgerichtliche Urtheil lediglich bestätigt.

Aus dem Reichsgericht.

Professionelle oder allgemeine Erwerbsunfähigkeit der Militär-Invaliden.

Nach den §§ 65—69 des Militär-Pensionsgesetzes vom 27. Juni 1871 wird den Ganzinvaliden die Invalidenpension I. Klasse gewährt, wenn sie durch Dienstbeschädigung gänzlich erwerbsunfähig geworden sind und ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen können, die Invalidenpension II. Klasse, wenn sie durch Dienstbeschädigung gänzlich erwerbsunfähig geworden, die Invalidenpension III. Klasse, wenn sie durch Dienstbeschädigung grösstentheils erwerbsunfähig geworden, und die Invalidenpension IV. Klasse, wenn sie durch Dienstbeschädigung theilweise erwerbsunfähig geworden sind. Diese Bestimmungen haben, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, IV. Civilsenats, vom 3./19. Dezember 1894, nicht eine professionelle Erwerbsunfähigkeit, d. h. die Unfähigkeit, einen Erwerb durch Fortsetzung des bisherigen Berufs zu erzielen, im Auge; vielmehr ist bei der Frage nach der mangelnden Erwerbsfähigkeit entscheidend, ob und in wie weit der Invalide überhaupt nicht im Stande ist, durch eine seinen körperlichen und geistigen Kräften, seiner Vorbildung und seiner sozialen Stellung entsprechende Beschäftigung einen Erwerb zu erlangen, und diese Frage ist in jedem einzelnen Falle zu beantworten. „Das hier massgebende Gesetz stellt zwar nicht wie ein neueres Gesetz (das Gesetz, betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 § 9. Abs. 3) eine Bestimmung des Begriffs der „Erwerbsunfähigkeit“ in jenem Sinne ausdrücklich auf. Es knüpft jedoch an den Begriff der Erwerbsunfähigkeit keine Einschränkung, und deshalb rechtfertigt es sich, den Ausdruck ausdehnend zu interpretieren. Dies entspricht auch allein der Auffassung des Gesetzes. Eine Feststellung der Erwerbsunfähigkeit mit Rücksicht auf den Beruf des Invaliden würde sich mit dem Bestehen der allgemeinen Wehrpflicht, der gegenüber es geboten ist, auch die Versorgungsansprüche aller im Dienste Beschädigten nach gleichen Grundsätzen zu bemessen, nicht vereinigen lassen. Dazu tritt, dass es im Falle einer einschränkenden Auslegung, wie sie die Revision für zutreffend erachtet, bezüglich solcher Personen, die einen bestimmten Beruf nicht ergriffen oder noch nicht ergriffen haben, an einem Massstab, ob und in wie weit sie durch die Dienstbeschädigung erwerbsunfähig geworden sind, überhaupt fehlen würde. Die vorstehend entwickelte Ansicht

findet auch in der Entstehungsgeschichte des Gesetzes einen Anhalt. ... Eine gleiche Bestimmung des Begriffs der Erwerbsunfähigkeit liegt auch dem von demselben Reichstag verabschiedeten Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 zu Grunde, wie das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen hat. Der Berufungsrichter hat sich, wenn er von der allgemeinen Erwerbsunfähigkeit im Gegensatz zu der professionellen spricht, auf denselben Standpunkt gestellt, und die Urtheilsgründe geben darüber zu keinem Zweifel Raum, dass in thatsächlicher Beziehung davon ausgegangen ist, dass der Kläger in jenem Sinne nicht gänzlich, sondern nur grösstentheils oder theilweise erwerbsunfähig sei."

Verstümmelungszulage für Militär-Invaliden bei schweren Schäden innerer Organe.

Nach § 71 Absatz 1 und 2 des Militär-Pensionsgesetzes vom 27. Juni 1871 erhalten im Dienst beschädigte Unteroffiziere und Soldaten eine Verstümmelungszulage bei dem Verlust einer Hand etc., beim Verlust der Sprache und bei Störung der aktiven Bewegungsfähigkeit einer Hand etc. Hieran schliesst sich Absatz 3 an, wonach die Bewilligung der Verstümmelungszulage „ferner zulässig" ist: bei solchen schweren Schäden an sonstigen wichtigen äusseren oder inneren Körpertheilen, welche in ihren Folgen für die Erwerbsfähigkeit einer Verstümmelung gleich zu achten sind. In Bezug auf diesen Absatz 3 hat das Reichsgericht, IV. Civilsenat, durch Urtheil vom 3./19. Dezember 1894 ausgesprochen, dass in den darin erwähnten Fällen ein Rechtsanspruch des Beschädigten auf eine Verstümmelungszulage nicht besteht, die Bewilligung einer solchen vielmehr in das Ermessen der Militärbehörde gestellt ist. „Aus dem Wort „zulässig" ergiebt sich, dass die Bewilligung der Zulage lediglich in das Ermessen der Behörde gesetzt ist."

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Zwangsweise Vorführung von Kindern zur Impfung.

Die Orts-Polizeibehörde ist, nach einem Urtheil des Ober-Verwaltungsgerichts, I. Senats, vom 1. März 1895, in Preussen befugt, die zwangsweise Vorführung von Kindern zu den vom Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874 vorgeschriebenen Impfungen anzuordnen. — An den Rechtsanwalt F. zu D. hatte die dortige Polizeiverwaltung eine Verfügung vom 21. November 1893 gerichtet, wonach F. sein am 19. November 1889 geborenes Kind dem Impfarzt zur Impfung bezw. zur Entscheidung, ob diese ausgesetzt bleiben könne, an einem bestimmten Tage vorzustellen habe, und zugleich angedroht, dass anderenfalls die zwangsweise Vorführung des Kindes erfolgen werde. Auf die Klage des F. wurde vom Bezirks-Ausschuss jene Verfügung, soweit sie die zwangsweise Vorführung des Kindes androht, aufgehoben. Auf die Berufung der Polizeiverwaltung wies das Ober-Verwaltungsgericht, in Abänderung des ersten Urtheils, die Klage in ihrem vollen Umfange ab, indem es begründend ausführte: „Das Reichsgesetz über das Impfwesen vom 8. April 1874, welches die ganze betreffende Materie zu regeln bestimmt ist, hat nach Massgabe der Reichsverfassung allerdings alle, dieselbe Materie regelnden Landesgesetze aufgehoben ... Das Reichsgesetz hat aber mehrfache Funktionen nicht den Gerichten, Impfärzten, Aerzten, Schulvorstehern etc., sondern lediglich der „zuständigen Behörde" zugewiesen (§§ 3, 4, 7, 8, 13) und überhaupt die Bundesstaaten zum Erlass von Ausführungsbestimmungen ermächtigt (§ 18 Abs. 2); es hat somit die Zuständigkeit der Landesbehörde und deren Befugnisse bei der Ausführung des Reichsgesetzes in keiner Weise selbst geregelt. Für beiderlei Materien bleibt daher das Landesgesetz vor wie nach massgebend, sodass — da die reichsgesetzlichen Vorschriften auf die Abwendung von Gefahren für Leben und Gesundheit abzielen — in Preussen die Orts-Polizeibehörden zu den diesen Vorschriften entsprechenden Anordnungen zuständig geblieben und zugleich befugt sind, zu deren Durchsetzung die landesgesetzlichen Zwangsmittel, daher diejenigen des § 132 des Landesverwaltungsgesetzes und den unmittelbaren Zwang anzuwenden. Sollten ihre Befugnisse gemindert oder ausgeschlossen werden, so hätte dies durch das Reichsgesetz ausgesprochen werden müssen. Dieses lässt jedoch, während es auf landesgesetzliche Ausführungsbestimmungen ausdrücklich verweist, in seiner Wortfassung jede, auch die entfernteste bezügliche Andeutung vermissen. Gleichwohl glaubt das Berufungsurtheil einen solchen Ausspruch aus Zweck und Absicht des Gesetzes und aus den bei seiner Entstehung gethanen Aeusserungen entnehmen zu können, dies jedoch zu Unrecht. .."

Zur Rezension eingegangene Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Prausnitz, Dr. W., Professor der Hygiene an der Universität Graz, Grundzüge der Hygiene. Für Studirende an Universitäten und technischen Hochschulen, Aerzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamte. Zweite erweiterte und vermehrte Auflage. 1895. München und Leipzig, L. F. Lehmann.

Albrecht, Dr. H., Handbuch der praktischen Gewerbehygiene. Berlin 1894, Robert Oppenheim (Gustav Schmidt).

Lieferung 1. I. Abschnitt: Gesundheitsschädigende Einflüsse beim Gewerbebetriebe. , Von Oberstabsarzt Dr. Villaret. — II. Abschnitt: Betriebsunfälle. Vom Herausgeber. — III. Abschnitt: Bau und bauliche Einrichtungen von Fabriken und Werkstätten. Vom Gewerbeinspektor Oppermann.

Lieferung 2. Fortsetzung. — IV. Abschnitt: Heizung und Lüftung der Arbeitsräume. Von Reg.-Rath Prof. Hartmann.

Lieferung 3. Fortsetzung. — V. Abschnitt: Verhütung der Einathmung von Staub. Von Dr. H. Albrecht. — VI. Abschnitt: Die zur Fabrik gehörigen Nebenanlagen. Von Dr. H. Albrecht. — VII. Abschnitt: Persönliche Ausrüstung des Arbeiters. Von Dr. H. Albrecht. — VIII. Abschnitt: Kessel und Motor. Von Reg.-Baumeister E. Claussen. — IX. Abschnitt: Wellenleitungsanlagen und deren Theile. Von Reg.-Rath R. Platz.

Goldscheider, Dr. Alfred, Ueber den Schmerz in physiologischer und klinischer Hinsicht. Berlin 1894, Aug. Hirschwald.

Tagesgeschichte.

Verhandlungen mit den Lebensversicherungs-gesellschaften.

Ueber die Beschlüsse der am 17. März 1895 abgehaltenen Konferenz zur Berathung der Frage des Verhältnisses der Aerzte zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften, an welcher die Mitglieder der erweiterten Kommission des Aerztetages Graf, Krabler, Pirza, Heinze, Dippe, Florschütz, Hellermann, Henius, Reder, sowie Vertreter hervorragender Lebensversicherungs-Gesellschaften theilnahmen, berichtet das Aerztliche Vereinsblatt. Es sollen folgende Grundsätze dem diesjährigen Aerztetage zur Berathung vorgelegt werden:

1. Die Vertrauensärzte werden nicht von den Vertretern der Gesellschaften, sondern nur von den Direktoren angestellt und event. ihrer Funktionen enthoben.
2. Die Untersuchung findet im Hause des Arztes statt.

3. Im Interesse der ärztlichen Untersuchung liegt es, möglichst einheitliche Formulare herzustellen. (Das ausgearbeitete Formular erscheint sehr zweckmässig, jedenfalls besser als manche bisher gebräuchliche.)
4. Die vertrauensärztlichen Gutachten werden von den Aerzten den Direktionen direkt zugesandt und werden von diesen geheim gehalten.
5. In Zukunft werden die Lebensversicherungs-Gesellschaften die hausärztlichen Atteste nicht mehr austauschen.
6. Für das vertrauensärztliche Zeugniss nach bestimmtem Formular wird im Allgemeinen ein Honorarsatz von 10 Mark als angemessen erachtet. — Wird die vertrauensärztliche Untersuchung ausserhalb der Wohnung des Vertrauensarztes verlangt, so ist das Honorar entsprechend zu erhöhen.
7. Zur Erledigung aller streitigen Punkte zwischen Aerzten und Lebensversicherungs-Gesellschaften wird eine ständige Kommission niedergesetzt, deren Mitglieder in gleicher Zahl vom Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes und von den Lebensversicherungen gewählt werden.

Es ist wohl anzunehmen, dass auf diesen Grundlagen durch den Aerztetag eine im Ganzen zufriedenstellende Vereinbarung zwischen den Aerzten und den Lebensversicherungs-Gesellschaften herbeigeführt werden wird, welche der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit bei der Lebensversicherung die wünschenswerthe Sicherheit, Stabilität und Werthschätzung garantirt.

Uebernahme des Heilverfahrens seitens der Berufsgenossenschaften.

Das Reichs-Versicherungsamt hat an die Vorstände der Berufsgenossenschaften ein Rundschreiben versandt, betreffend die durch Uebernahme des Heilverfahrens während der Karenzzeit seitens der Berufsgenossenschaften erzielten Erfolge. Nach den eingelaufenen Berichten wird hervorgehoben, dass bei schweren Verletzungen durch ein thunlichst sofort nach dem Unfall eingeleitetes, intensives, wenn auch kostspieliges Heilverfahren die Erwerbsfähigkeit des Verletzten weit schneller und nachhaltiger, als bei der gewöhnlichen Krankenkassenbehandlung wiederhergestellt wird, und dass insbesondere bei Knochenbrüchen und sonstigen Funktionsstörungen einzelner Glieder durch eine rechtzeitig, d. h. im direkten Anschluss an die Heilung vorgenommene medico-mechanische Nachbehandlung den Verletzten viel früher als sonst ihrem Beruf zurückgegeben werden können. Somit wurde nicht nur dem Interesse der Verletzten gedient, sondern es wurden auch die erheblichen Aufwendungen der Berufsgenossenschaften durch die entsprechende Verringerung der Dauerrenten reichlich aufgewogen, wie das jetzt schon aus den Berichten zahlreicher Berufsgenossenschaften sich ergiebt. Bei der Lässigkeit der Krankenkassen in der Meldung von Unfällen empfehle es sich für die Berufsgenossenschaften, die Anzeigen säumiger Krankenkassen nicht erst abzuwarten, sondern, wie dies bei verschiedenen Berufsgenossenschaften schon geschieht, thunlichst sofort nach Eingang der Unfallanzeige der Frage der Uebernahme des Heilverfahrens näher zu treten und erforderlichen Falls sich durch Rückfragen bei der Krankenkasse, dem Unternehmer, dem behandelnden Arzte u. s. w. die nöthige Aufklärung zu verschaffen.

Honorare für Spezialisten.

Für den Verkehr mit ärztlichen Autoritäten ist ein Civilprozess von allgemeinem Interesse, dessen Ergebniss in den „Bl. f. R." mitgetheilt wird. Professor Baginski, der Direktor des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses, hat dem Kinde eines gut situirten Mannes ärztliche Hilfe geleistet und dafür ein Honorar von 250 Mark gefordert, während ihm für 7—8 Besuche nur 150 Mark zugebilligt werden sollten. Es kam darüber zum Prozess, wobei sich der Beklagte u. A. auch auf die preussische Medizinaltaxe von 21. Juni 1815 berief. Die Urtheile des Amtsgerichts und Landgerichts lassen sich nun dahin aus: Die Medizinaltaxe von 1815 ist auch jetzt noch rechtsgiltig und massgebend, falls nicht dieselbe durch ausdrückliche oder auch nur stillschweigende Vereinbarung für ausgeschlossen zu erachten ist. Nach Ansicht beider Instanzen liegt nur stillschweigendes Uebereinkommen, die Sätze der Taxe nicht in Anwendung zu bringen, ohne Weiteres vor, sobald man eine ärztliche Autorität in Anspruch nimmt. Wenn Aerzte von Ruf und insbesondere Spezialärzte durch das Publikum in Anspruch genommen werden, so wisse dasselbe von vornherein, dass jene nach den Sätzen der Medizinaltaxe eine Behandlung nicht übernehmen, dass sie sich auf dieselbe vielmehr nur einlassen, wenn ihnen eine ihrem Ansehen entsprechende Vergütung gewährt wird. Der Hilfe suchende Patient denke gar nicht daran, die Thätigkeit eines solchen Arztes mit den Sätzen der Taxe zu lohnen.

Unfallversicherung der Seefischerei.

Es finden gegenwärtig umfassende Erhebungen statt, um Unterlagen für die Unfallversicherung der Seefischerei zu gewinnen. Dieselben haben sich hauptsächlich deshalb als nöthig erwiesen, weil man in irgend einer Weise über die Hauptschwierigkeit bei der Regelung dieser Frage, über die Leistungsunfähigkeit der Seefischer, hinwegkommen muss und man deshalb vor allen Dingen Klarheit darüber verschaffen will, wie und an wen die Seefischerei angegliedert werden könnte.

Farbenblindheit.

Auf den Navigationschulen und Seemannsämtern innerhalb des deutschen Reichsgebietes finden alljährlich amtliche Untersuchungen von Seeleuten auf Farbenblindheit statt. Das Ergebniss der im Jahre 1894 vorgenommenen Untersuchung und Nachuntersuchung stellte sich wie folgt: In Preussen wurden auf 16 Navigationsschulen und 14 Seemannsämtern untersucht: 443 Seeleute (Steuermanns-Aspiranten), in Mecklenburg-Schwerin wurden untersucht auf einer Navigationsschule und 2 Seemannsämtern 67 Seeleute, in Oldenburg auf der Navigationsschule zu Elsfleth 48 Seeleute, in Lübeck auf der Navigationsschule 18 Seeleute, in Bremen und Bremerhaven auf der Navigationsschule 84 Seeleute, auf der Navigationsschule zu Hamburg 164 Seeleute, insgesammt 824 Seeleute, von denen 11 als farbenblind, 56 als unvollständig farbenblind (grünblind) sich erwiesen. Der Prozentsatz stellt sich wie folgt: Nicht farbenblind 98,06 pCt., farbenblind: 1,33 pCt., unvollständig farbenblind: 0,61 pCt.

Zur 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck vom 16.—21. September laden ein und bitten um Anmeldung von Vorträgen für die Abtheilung

No. 27: Hygieine und Medizinalpolizei, Chemie und Mikroskopie der Nahrungs- und Genussmittel:

der Einführende	der Schriftführer
Physikus Dr. med. Riedel, Lübeck, Königstr. 13.	Dr. med. Lorenz, Beckergrube 50.

No. 28: Unfallheilkunde:

der Einführende	der Schriftführer
Dr. med. Plessing, Pferdemarkt 14.	B. Raben, prakt. Arzt, Blankstr. 1.

Nr. 29: Gerichtliche Medizin:

der Einführende	der Schriftführer
Dr. med. H. Feldmann, Breitestr. 37.	Dr. med. Dinkgraeve, Moislinger Allee 4b.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker und **Dr. A. Leppmann**

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 11.** Ausgegeben am 1. Juni.

Ueber einen Fall von Schädeltrauma als fragliche Todesursache.

Von

Dr. med. **Ernst Schichhold**-München, Bad Landeck.

Die eingehende Beschäftigung von Fachmännern mit den Folgen der mechanischen Verletzungen des Centralorgans und des Nervensystems im Allgemeinen, die vielfach variierenden Ansichten über den Zusammenhang der Verletzung mit den oft Jahre hindurch andauernden, langsam aber meist stetig fortschreitenden Erscheinungen in dem Zustande der Patienten, oder mit stürmisch verlaufenden Prozessen, die mangelhafte Kenntniss der Verbindungsbrücke auf anatomischer Basis, sei es makroskopisch, mikroskopisch oder chemisch untersucht, gestattet es vielleicht zu der schon recht umfangreichen Literatur über derartige Unfälle und Beobachtungen, Erscheinungen und Schlussfolgerungen noch einen Fall hinzuzufügen, der im ersten Augenblicke beim Studium der Krankengeschichte eo ipso in dieses Gebiet hinein zu gehören scheint, mit dem Sektionsbefund aber Zweifel aufsteigen lässt, wie weit der Unfall bei der Beurtheilung des Todes und der Todesursachen berücksichtigt werden darf.

Der 52 Jahre alte Bäckermeister Sch. glitt am 28. Juli 1893 beim Hervorziehen eines Mehlsackes aus und stiess beim Fallen so heftig mit der rechten vorderen Schläfenparthie an einen hervorragenden Balkenkopf, dass er nach Aussage seiner ebenfalls auf dem Mehlboden beschäftigten Gehilfen „vollkommen zusammenbrach und etwa zehn Minuten bewusstlos liegen blieb“. Nachdem er sich wieder erhoben hatte, empfand Herr Sch. eine gewisse Benommenheit im Kopfe, klagte über einen starken Schmerz an der getroffenen Seite und beauftragte wegen grosser Ermattung und eines Gefühls allgemeiner Abspannung seinen Gehilfen: die sonst von dem Herrn selbst verrichteten Arbeiten für den Tag zu übernehmen. Der Zustand dauerte etwa vier Tage gleichmässig fort und es war den Angehörigen besonders auffallend, dass Herr Sch. sich um den Fortgang seines guten Geschäftes auf einmal so wenig kümmerte, meistentheils stumpf brütend sass und fortwährend über Kopfweh und Mattigkeit klagte. Aus diesem Grunde wurde ein Arzt konsultirt; derselbe verordnete: mehrere Stunden Spazierengehen, kalte Umschläge auf den Kopf und Blutegel an die Stelle der Verletzung — die Diagnose scheint also auf commotio cerebri mit eventuellen Komplikationen (Schädelbruch und intra- — seu extra-meningealem Bluterguss) gestellt worden zu sein.

Der Zustand des Patienten besserte sich unter dem Einfluss dieser Therapie keineswegs, der Kopfschmerz blieb fortgesetzt gleich stark und verbreitete sich, allmählich strahlenförmig vom Verletzungspunkte ausgehend, über den ganzen Schädel. Bei und nach den Spaziergängen zeigte sich immer eine gegen die frühere Gewohnheit des Patienten grosse Mattigkeit. Unter diesen Umständen sah sich der Arzt veranlasst, einen Kollegen zu konsultiren; den Erfolg der gemeinsamen Untersuchung habe darauf der behandelnde Arzt den Angehörigen in der Diagnose „Schädelsprünge“ mitgetheilt. Aus den Verordnungen dürfte auch jetzt noch zu entnehmen sein, dass die beiden untersuchenden Herren bei der ersten Diagnose blieben, es waren kalte Umschläge und spanische Fliege verordnet worden.

Ohne dass der Zustand irgend welche Besserung gezeigt hatte, bemerkte die Frau des Patienten am 3. September, dass seine Füsse und Beine namentlich um die Knöchel angeschwollen waren. Der Arzt, sofort davon in Kenntniss gesetzt, untersuchte den Urin und konstatirte einen pathologischen Eiweissgehalt.

Es wurde eine Milchkur mit Bettruhe angeordnet, die von relativem Vortheil waren, die Kopfschmerzen nur blieben andauernd die gleichen, oder auch verschlimmerten sich, Patient klagte dann über Sehstörungen, Nebel vor den Augen, Druckschmerz über den orbitae, allgemein verbreiteten Kopfschmerz, der aber in der rechten Schläfe am stärksten war und von dort ausstrahlte.

Nach 14tägiger Bettruhe stand Patient wieder auf, beim Umhergehen schwollen die Beine wieder an. Darauf verordnete warme Bäder mussten sofort wieder unterbleiben, da sie eine allzu bedeutende Mattigkeit verursachten.

Mit dem stetigen Fortschreiten der Krankheit machte sich auch eine Abnahme der normalen Erscheinungen des denkenden Bewusstseins geltend; Patient, der vor seinem Unfall gesund und geistig rege war, verlor nach demselben das Interesse für seine Umgebung mehr und mehr und verfiel in eine nicht unbedeutende, um nicht zu sagen gänzliche Apathie.

Gegen Ende Oktober bemerkten die Angehörigen des Oefteren wirre Reden und ein „vor sich hin Sprechen" des Patienten, unmotivirtes Zählen und grosse Geistesabwesenheit: einmal äusserte er plötzlich: „Wo ist denn das Viertel (ein Gemäss) hin, es hat doch hier gestanden?" Auf Interpellation dieser sinnlosen Rede begab er sich und sass wieder vollkommen apathisch auf seinem Stuhl.

Die Kopfschmerzen waren oft so stark, dass der Patient hier und da das dringende Bedürfniss äusserte, seinen Kopf auf etwas zu stützen, gegen etwas drücken zu müssen. Das Gefühl der Mattigkeit blieb unverändert.

Acht Tage vor dem Tode zeigte sich hauptsächlich Nachts eine grosse Ruhelosigkeit des Patienten, ein sehr heftiges Kopfweh veranlasste ihn fortwährend, das Bett zu verlassen und es zeigten sich die schwersten Erscheinungen von Seiten des Gehirns.

Am 25. November Abends anfangs grosse Aufregung, Patient delirirt ist, nicht bei Bewusstsein.

Bis zur Nacht vom 28. auf den 29. dauert ein gewisser Zustand von Lethargie an, darauf treten Krämpfe auf, die sich etwa alle zwei Stunden wiederholten. Bei völliger, und auch in den Zwischenzeiten anscheinend andauernder, Bewusstlosigkeit nahmen die Krampfanfälle von einer Viertel- bis zu einer Stunde an Dauer zu.

Auf Chloralhydrat schien Patient gut zu schlafen, wachte dann plötzlich auf und verfiel regelmässig wieder in einen immer länger dauernden Krampfanfall.

Am 29. November Abends traten noch zwei Anfälle auf. Patient blieb danach regungslos liegen, röchelte nur schwach und war am 30. November gegen Morgen, ohne wieder zum Bewusstsein gekommen zu sein, verschieden.

Berücksichtigt man hiernach noch die Anamnese: dass Herr Sch. bis zu seinem Unglücksfall vollkommen arbeitsfähig gewesen ist, überhaupt n i e innerlich krank gewesen sein soll; nach Aussage seiner sämmtlichen Angehörigen und unparteiischen Nachbarn vom Tage der Verletzung an plötzlich den Eindruck eines Schwerkranken machte, und dass von dem Tage der Erkrankung ab das Leiden ohne jegliche Remission oder die Tendenz für Besserung zu zeigen stetig fortschritt, so war es wohl eine zum Mindesten nicht unberechtigte Annahme, dass der Unfall in einem direkten Zusammenhang mit dem Tode stand.

Die Vorsicht der Unfallversicherung, der der Patient angehörte, forderte die Sektion — wie gewöhnlich in solchen Fällen — die zu nicht geringer allgemeiner Verwunderung der drei betheiligten Aerzte folgenden Befund ergab:

Leiche Sch. in Sp. den 1. Dezember 1893.

Aeusserliche Besichtigung.

Mittelgrosse Leiche, geringes Fettpolster, mässiges Oedem der ganzen Körperhaut, Totenflecken am Rücken, Steifigkeit des Knie- und Fussgelenks. Am Kopf äusserlich nichts Abnormes, keine Spuren von Verletzungen sichtbar, speziell der Schädel in Form und Aussehen normal.

Kopfhöhle: Nach Abziehen der Kopfschwarte tritt das Schädeldach überall glatt ohne blutige Verfärbung zu Tage. Auch die genauer untersuchten Weichtheile der rechten Schläfengegend zeigen keine Abnormitäten, nur an einer etwa linsengrossen Stelle am vorderen Winkel des rechten Scheitelbeins ist die Knochenoberfläche etwas vertieft, im Uebrigen aber von glatter Beschaffenheit. Nach Abhebung der Fornix cranii zeigt sich auch die Innenfläche derselben vollkommen glatt und ohne Abnormitäten, auch an der oben erwähnten Stelle. Spuren von Verletzungen sind nirgends zu konstatiren. Das Gehirn ist in normaler Weise von der Dura überzogen, der Blutgehalt derselben von der Norm nicht abweichend, es besteht nirgends eine Verwachsung mit dem Knochen oder den darunter liegenden Theilen.

Die zarte Hirnhaut zeigt mässigen Blutgehalt und ist vom Gehirn glatt abzuziehen; der Längsblutleiter ist leer in seinen vorderen, in seinen abhängigen Theilen mit Blut gefüllt, die Gehirnoberfläche zeigt die normalen Windungen ohne jeden Eindruck. Das Gehirn ist durchweg von gleichmässig prall fester Konsistenz. Bei den Durchschnitten zeigt sich der Blutgehalt etwas unter dem Mittel, sonst vollkommen normale Verhältnisse. Nirgends finden sich Blutaustritte oder Erweichungsherde. In den Hirnhöhlen kaum vermehrtes Serum. Auch nach Abtrennung der Dura vom Knochen zeigt dieser durchweg ein intaktes Gefüge.

Brust: Nach Eröffnung der Brusthöhle zeigen sich die Lungen zurückgezogen, das Herz liegt in grosser Ausdehnung frei, nach Herausnahme zeigt es sich von weit über Faustgrösse (cor. bovinum). Die Wand des linken Ventrikels ist beinahe um die Hälfte verdickt, die Muskulatur ausserordentlich stark hypertrophisch. Der Binnenraum mässig erweitert, in demselben ein kleines schwarzes Blutgerinsel. Der Klappenapparat vollkommen intakt.

Aus der Bauchhöhle sei zu erwähnen, dass die Nieren von normalem Umfang, vielleicht etwas vergrössert sind, die Kapsel ist stellenweise schwer abzuziehen, die Oberfläche unregelmässig höckrig, die Farbe dunkelbraunroth, unterbrochen durch dunkelblaue Flecken. Auf dem Durchschnitt: Nierenbecken nicht erweitert, Kolorit dunkelblau bis braunroth mit Blutpunkten dazwischen.

Diagnose: Nephritis chronica duplex, hypertrophia cordis. — Das Gehirn bietet keine bemerkenswerthen Erscheinungen.

Dr. S. Kreisphysikus Dr. D. Dr. F.

Die Erkrankung des Sch. war anscheinend in Folge des Unglücksfalles als eine bedenkliche zu bezeichnen, die Erkrankung hat anfänglich den bestimmten Eindruck gemacht, dass eine Verletzung des Schädels und des nervösen Centralorgans vorliegen müsse.

Der Sektionsbefund ergiebt hier makroskopisch einen absoluten Negativ-Befund, diese Körpertheile betreffend, und darauf stützt sich die Vernachlässigung der anfangs absolut isolirt dastehenden, später mit Symptomen eines Nierenleidens kombinirten Gehirnerscheinungen bei der Beurtheilung der Todesursachen.

Es kommt daher in solchen Fällen wohl in erster Linie in Frage: ob ein makroskopischer Negativ-Befund bei einer pathologisch-anatomischen Untersuchung die Behauptung sicherstellt, dass

1. keine Erkrankung des Centralorgans bestanden hat,
2. eine eventuell trotz Negativ-Befundes bestandene Krankheit nicht derartig sein kann, dass sie aus sich selbst als Todesursache genügen kann,
3. dass diese Erkrankung, auch nicht einmal, Anstoss oder Komplikation eines anderen Leidens gegeben haben kann, wodurch der Tod beschleunigt würde, also indirekt die Todesursache gewesen sein könnte.

Voraussetzung: Die Diagnose des Sektionsbefundes steht einwandslos da: Der Mann ist an einer chronischen Nierenentzündung zu Grunde gegangen. Der Beginn der Erkrankung zeigte aber eine schwere Gehirnerschütterung, liess sogar vermuthen, dass vielleicht durch Infraktion Theile des Centralorgans in Mitleidenschaft gezogen worden sind; — da fragt es sich: kann ein Schädeltrauma Ursache einer krankhaften Veränderung der Nieren sein? Bekannt wäre darüber bisher wohl nichts.

Die Frage erweitert könnte schon etwas anders beant-

wortet werden: Können durch ein Schädeltrauma, durch die Störungen der Gehirn-Dynamis, Schädigungen entstehen, die auf den Gesammtorganismus, hauptsächlich aber auf die Se- und Exkretionsorgane durch Veränderung in der Spannung der Vasomatoren, einen derartigen Einfluss ausüben, dass dadurch in bestimmten, angenommen dazu disponiblen, Organen typische Entzündungserscheinungen hervorgerufen werden können?

Der absolut dieses negirenden Antwort setze ich vorläufig die Behauptung entgegen: „Das Gegentheil ist noch nicht bewiesen!“

Die Aetiologie der chronisch paremchymatösen Nephritis ist eine durchaus dunkle, es handelt sich aber wohl zweifellos um eine Ausscheidungskrankheit, und die Ursachen sind die Abscheidung von Produkten eines pathologischen Stoffwechsels, oder die Entfernung von aussen aufgenommener schädlicher Substanzen, damit stimmt nach Ziegler überein, dass entsprechende Nierenerkrankungen nicht selten im Verlauf verschiedener, mit Störungen der Gesammternährung verlaufender Prozesse sich einstellen.

Anhaltspunkte für Tuberkulose, Lues oder sonstige Konstitutionserkrankungen, wie auch für etwaige Vergiftungen sind im vorliegenden Falle nicht vorhanden; eine beginnende Degeneration der Gefässwunde, entweder als beinahe physiologisch zu benennender Zustand des höheren Alters oder auf Grund progressiver Erscheinungen, die von einem erkrankten, in seiner Dynamis beeinträchtigten Centralorgane ausgehen, kann ebenfalls zu einer allgemeinen Störung in dem Stoffwechsel des Organismus, also, von obiger Anschauung abstrahirt: zu einer Erkrankung der Nieren führen.

Selbstverständlich ist nun hierdurch nicht bewiesen, dass das Schädeltrauma die Ursache der Nierenkrankheit und dadurch die Ursache des Todes geworden ist, es ist aber meiner Auffassung nach andererseits durch den Sektionsbefund nicht das Gegentheil bewiesen; dass ein Zusammenhang mit der Erkrankang der Nieren und dem Schädeltrauma bestehen muss, ist wohl ebenso ausser Frage, wie es doch feststeht, dass alle Erscheinungen im Organismus in einer gewissen Wechselwirkung zu einander stehen und wie es fraglos ist, dass alle Erkrankungen, soweit sie nicht auf einer Trennung der Gewebe beruhen, also chirurgischer Natur sind, oder soweit sie nicht auf einer Infektion durch Mikroorganismen oder Intoxikation durch Chemikalien beruhen, eine gemeinsame Basis haben: die Dynamis des Gesammtnervensystems.

Nehmen wir hier auf Grund der starken Herzhypertrophie, die sich vielleicht in der Kürze der Zeit vom Unfalle bis zum Tode nicht entwickelt haben könnte, an, dass die Nierenerkrankung in diesem Falle trotz mangelnder Symptome in ihren Uranfängen schon bestanden haben mag, so kann man aber auch annehmen, dass die durch schwere, äusserlich erkennbare Symptome vorhandene Störung im nervösen Dynamismus der Nerven und Centralorgane eine absolut schädigende und beschleunigende Beeinflussung auf das Nierenleiden gehabt hat, somit also als occasionelles Moment für den eingetretenen Tod unbedingt anzusehen ist.

Nicht ein äusserliches Moment an und für sich veranlasst in derartigen Fällen das Schlussresultat, sondern es wirken entweder prädisponirende Momente, d. h. andere das normale Befinden störende Erscheinungen, ein, oder das eine gerade ins Auge gefasste Moment wirkt dadurch so folgenschwer, weil es einer Summe von Schädlichkeiten als Basis dient, die vielleicht wieder an und für sich allein auftretend zu diesen Zielen überhaupt garnicht, oder doch nicht so schnell führen konnten. Der praktische Werth dieser Behauptung unter Bezugnahme auf die Unfallversicherungen besteht darin: den Werth der einzelnen Momente allein und in dem bestimmten Zusammenhange genau zu bestimmen. Der Unterschied zwischen prädisponirend, occasionell und complizirend ist rein ideell und bleibt in der Mehrzahl der Fälle wohl etwas dunkel, ist wenigstens selten mit einwandsfreier Bestimmtheit festzustellen, man wird am Schlusse der Betrachtung eines Krankheitsbildes öfter zu dem Resultate kommen, dass gewisse Momente den Tod des Individuums nur beschleunigen, die ebensogut für ursächlich gelten konnten und umgekehrt.

In diesem Sinne habe ich seiner Zeit in einer Abhandlung: „Periphere Nerventraumata in ihnen Folge-Erscheinungen“ (1893, Freiburg, Fr. Wagner'sche Buchdruckerei) die Berücksichtigung an und für sich geringfügiger Verletzungen peripherer Nervenstränge in Bezug auf ihren Werth im Zusammenhange mit und der Veranlassung zur Psychose, zur ausgegesprochenen Geisteskrankheit kritisirt, in diesem Sinne betone ich auch, dass im vorliegenden Falle das Schädeltrauma ein wirksames Glied in der Kette der den Tod herbeiführenden Momente gewesen ist.

Es erübrigt noch eine wichtige Frage in Berücksichtigung zu ziehen:

Kann ein Nierenleiden die Wirkung einer dynamischen Störung des Gehirns so verstärken, dass dadurch der Tod schneller herbeigeführt wird?

Entstehen also durch die Nierenkrankheit Einflüsse auf das Centralorgan, die das gesunde langsamer und nicht gleich so tiefgreifend schädigen, als das durch ein anderes Moment schon stark irritirte annehmbar erkrankte Gehirn? Und weiter: Kann dadurch, dass ein Schädeltrauma, wenn es auch bei der Sektion makroskopisch oder auch mikroskopisch als solches nicht kenntlich wird, die normale Dynamis des Gehirns schädigen, der Einfluss der letalen Ursachen verstärkt und der Tod wider sonstige Voraussetzungen beschleunigt werden (ist er früher eingetreten, als es sonst bei dem bestehenden Nierenleiden allein annehmbar der Fall gewesen wäre)?

Auch hier müsste wohl erst das Gegentheil bewiesen werden. Durch jedes Schädeltrauma, auch das anatomisch später nicht mehr erkennbare, wird eine gewisse Dyscrasie im ganzen Centralorgan, am meisten natürlich in den direkt betroffenen Parthien hervorgerufen, bei älteren, also weniger widerstandsfähigen, Individuen kommt es dadurch auch zu einer Degeneration der Gefässe (und vielleicht bestimmter Fasern, ja sogar Ganglienzellen), es kommt also zu einer Schwäche in der Wandung der Gefässe und zu einer Schwäche in der Widerstandsfähigkeit der nervösen Organe. Durch die Nephritis sind erfahrungsgemäss auffällige Erscheinungen in den nervösen Centralorganen, besonders in der Sphäre der Grosshirnrinde, bedingt, die nicht allein auf eine Hyperämie, sondern auf der Beeinflussung durch eine bestimmte Vergiftung durch Stoffe, die sonst durch den Harn abgeleitet werden, beruhen, wie es Landois durch Versuche mit diesen Stoffen bewiesen hat; was das Wirksame dabei ist und wie es wirkt, kommt hier nicht in Betracht, urämische Erscheinungen, Konvulsionen und ähnliche Zustände bis zum Tode sind bei Nierenkrankheiten bekannt.

Sind die Gefässe im Centralorgan und vor Allem sind die nervösen Zellen intakt, so kann die Schädigung durch diese toxischen Stoffe und bei sehr langer Einwirkung so wirksam werden, sind aber die Gefässe dyscrasisch, sind ferner die nervösen Organe schon in einem Reizzustand, schon in pathologischen Verhältnissen, so treten die Erscheinungen so andauernd, so schnell und vor Allem so schwerwiegend in den Vordergrund, wie in dem vorliegenden Falle.

Das Schädeltrauma wirkt also komplizirend und ist demnach als indirekte Todesursache anzuerkennen.

Vom wissenschaftlichen Standpunkte sind diese Ausführungen, wenn auch nicht einwandslos beweisend, so doch wohl annehmbar erklärend zu nennen, es kommt aber in solchen Fällen in erster Linie vor Allem die praktische Verwerthung in Betracht, die auf die erklärlich grössten Schwierigkeiten stösst und entweder den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsgeber durch die Coincidenz des Zufalles gegen ihr von beider Standpunkt im Grunde genommen gutes Recht schädigt. Auf diesen Punkt werde ich in einer späteren Arbeit zurückkommen, die einen ähnlich dunklen Fall behandelt.

Wenn durch den Vorliegenden auch an und für sich nichts einwandsfrei bewiesen werden konnte und nur geringfügige Anhaltspunkte für die Kritik ähnlicher Fälle geliefert wird, so soll es doch wenigstens zur wiederholten Bestätigung der Thatsache gelten, dass ungemein häufig in Fragen der Beurtheilung von Unfällen diese nicht zweifellos mit den der Wissenschaft zur Beweisführung gebotenen Mitteln, als im ursächlichen Zusammenhange mit einem Todesfalle stehend erwiesen werden können, wenn nach Allem auch der Schein bis zur Sektion zu Gunsten dieser Annahme spricht und alle Symptome des Krankheitsbildes gewissermassen unanfechtbar zu behaupten scheinen, dass ein Unfall als direkte Ursache des Todes angenommen werden darf.

Andererseits glaube ich aber auch durch die Ausführungen wenn auch nicht den Beweis geliefert, so doch darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass auch das Resultat der Leichenschau nicht immer einwandslos jeder anderen Beurtheilung eines kritischen Falles die Berechtigung des Wissenschaftlichen benimmt!

Aponeurositis palmaris als Unfallsfolge?

Von
Ferdinand Bähr-Hannover.

Ich wähle den Ausdruck Aponeurositis, weil dieser den Krankheitsvorgang des Dupuytren'sche Kontraktur genannten Leidens besser bezeichnet und andererseits es Fälle giebt, in welchen die Krankheit vorliegt, ehe die Kontraktur vorhanden ist. Die letztere stellt eben nur ein hervorstechendes Symptom der Aponeurositis dar, wenn das Leiden eine gewisse Höhe erreicht hat, wenn der Schrumpfungsvorgang der bisweilen voraufgegangenen Hypertrophie des Bindegewebes folgt. Bisweilen sage ich mit Rücksicht auf die Fälle, wo anscheinend von vorneherein die Schrumpfung der Palmarfascie vorherrscht und die circumskripten Neubildungen (Hypertrophie) nicht nachzuweisen sind.

Zwei kurz auf einander beobachtete Fälle geben mir zu dieser Publikation Veranlassung, ebenso wie der Umstand, dass eine einschlägige Mittheilung über den eventuellen Zusammenhang mit Trauma aus der Unfallpraxis meines Wissens nicht vorliegt, abgesehen von den bekannten Erörterungen über die Frage, ob das Leiden in Konstitutionsanomalien begründet sei, ob das Trauma Gelegenheitsursache spiele, ob es sich mehr um eine Gewerbekrankheit (andauernde Schädigung der Hohlhand beim Arbeiten in gewissen Berufen) handle, ob ein Trauma das Leiden zur Entstehung bringe. (Bardenheuer, König, Vogt, Madelung, Tillmanns u. A.)

I. Der Arbeiter, frühere Schlachter W., 42 Jahre alt, hatte sich am 29. August 1894 den Mittel- und Goldfinger rechts gequetscht, ersteren mit einer unbedeutenden Wunde am zweiten Interphalangealgelenk. Es folgte eine Phlegmone der ganzen Hand. An der Stelle der Wunde wurde ein kleiner Einstich gemacht. Am 12. Oktober sah ich den Patienten. Die Haut der Finger und der Hand war ödematös. Die erste Phalanx des Mittelfingers war aufgetrieben. Es bestanden heftige Schmerzen in der ganzen Hand und in den Fingern, deren Beweglichkeit behindert war, neben ausgesprochener Atrophie der Muskeln der Hand und des Vorderarmes. Die angenommene Periostitis des Mittelfingers schwand unter Ruhe und Anwendung grauer Salbe. Am 29. Oktober wurde mit Massage, Bädern und Gymnastik begonnen. Die Finger wurden wieder gut beweglich, die Schmerzen aber, namentlich in der Hohlhand, bestanden fort. Bald entdeckte ich linsengrosse flache Knötchen an der Innenseite der Hand und einen derben Strang, welcher im Interstitium zwischen Daumen und Zeigefinger quer verlief. Auch in der Nähe der erwähnten Einstichstelle war ein kleines Knötchen nachzuweisen. Die Finger konnten noch gut gestreckt werden. Die mechanische Bearbeitung dieser „Schwielen“ war ohne Erfolg. Ich schlug deshalb die Exstirpation vor. Am 2. Dezember erfolgte die Ausschneidung der Narbe im Insterstitium I unter Esmarch'schem Schlauch und Lokalanästhesie mit König'schem Aether. Naht. Glatte Wundheilung. P. kam dann aus meiner Beobachtung, da er an heftigen Hämorrhoidalbeschwerden litt und angeblich den Weg zu mir nicht mehr zurücklegen konnte. Auf eine spätere Anfrage äusserte ich die Ansicht, dass hier zwischen Aponeurositis und Unfall wahrscheinlich ein Zusammenhang existire und zwar deshalb, weil mir in der Phlegmone der Hand ein genügender Anstoss für eine derartige Affektion der Palmarfascie gegeben schien, die Erscheinungen eine ununterbrochene Kette darstellen, zum Mindesten aber eine Verschlimmerung eines vielleicht schon vorhandenen, latenten Prozesses anzunehmen war.

II. Der frühere Schieferdecker, nunmehrige Steinbrecher S., 52 Jahre alt, hatte sich am 28. August 1894 durch Quetschung mittels einer scharfkantigen Steinplatte eine Wunde am rechten Handgelenk zugezogen, welche an der Sehne des M. radialis internus beginnend, quer verlaufend, gerade den Rücken des Handgelenkes erreichte. Glatte Wundheilung Am 22. November sah ich den Patienten. Die Narbe war ungemein druckempfindlich, über dem Radius stellenweise auf der Unterlage nicht verschieblich. Es bestand Anästhesie auf der Haut des Daumenrückens. (Durchtrennung des Ramus dorsalis Nervi radialis.) Alle Bewegungen der Finger unbehindert, aber sie werden sehr langsam ausgeführt unter Mitbetheiligung der Masseteren (Zähnekirschen). Keine Atrophie der Muskeln, keine Störung des elektrischen Verhaltens, wie sich später herausstellte, denn bei der ersten Untersuchung mit ganz schwachen Strömen bekam P. eine Ohnmachtsanwandlung. Seine Frau erklärte, dass er öfter an Ohnmacht und Schwindel leide, deshalb nicht allein reisen könne. (Wegen der Schwindelanfälle hatte er seinen früheren Beruf vor Jahren aufgegeben.) Bei der Aufforderung, die Hand zu drücken, legt er seine Finger ohne Druck an die Hand des Untersuchenden. Die Beobachtung ergab, dass P. zweifellos übertrieb. Er wurde am 10. Januar entlassen unter Befürwortung einer Uebergangsrente von 20 Prozent. Irgend welcher subjektive oder objektive Hinweis auf eine Veränderung der Palmarfascie fehlte damals.

Er versuchte nun zu arbeiten im Steinbruch, aber es gelang nicht, „die Knochen beberten ihm“ etc. Ergo Berufung unter Geltendmachung der vollen Arbeitsunfähigkeit. Am 4. April theilte mir P. mit, er habe seit Anfang März heftige Schmerzen in der Hohlhand, „als ob scharfe Messer einschnitten“, und zwar im Anschluss an den Versuch, schwere Arbeit zu verrichten. Etwas Aehnliches habe er früher nicht gespürt. Die Untersuchung ergab: Die Finger können nicht ganz gestreckt werden, bei passiven Streckungen namentlich des Goldfingers zeigen sich fächerartig verlaufende Stränge in der Hohlhand direkt unter der Haut. Das Fettpolster ist zum

guten Theil geschwunden, die Muskulatur der Hand abgemagert, die des Vorderarmes normal entwickelt. Kolossale Schmerzhaftigkeit der Hohlhand gegen Druck ohne deutlich nachweisbare Veränderungen, Verdickungen in der Palmarfascie. Die beginnende Kontrakturstellung war noch wenig ausgesprochen, am deutlichsten am Goldfinger, frei war noch der Zeigefinger und Daumen. Auch hier war bei dem Patienten im Vergleich zu analogen Fällen starke Uebertreibung der subjektiven Beschwerden sichtlich vorhanden. Der Befund sprach für die Anfänge einer Depuytren'schen Kontraktur. In diesem Falle war ich der Ansicht, dass ein Zusammenhang zwischen Unfall und dem Leiden nicht existire, weil jegliches Bindeglied fehle. Die Wunde war glatt geheilt, die Aponeurose war weder direkt noch indirekt in Mitleidenschaft gezogen, es bestanden im Anschluss an den Unfall keinerlei Beschwerden, welche auf einen entzündlichen Reiz oder einen annähernd ähnlichen Vorgang an der Palmarfascie hinwiesen, erst ein halbes Jahr später traten fast plötzlich die Beschwerden auf. Ich lasse es dahingestellt, ob die Anfänge des Leidens vor dem Unfall existirt haben, jedenfalls aber bin ich der Ansicht, dass auch ein eventuell schon vorhandener Krankheitsvorgang durch den Unfall mit seinem glatten Verlauf nicht wesentlich beeinflusst wurde. Ich konnte den Nachweis der Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges nicht liefern, dieses besonders nicht beim Vergleich beider Fälle. —

Die Frage nach der Entstehungsursache der Dupuytren'schen Kontraktur ist noch nicht völlig gelöst. Es sind Fälle in der Literatur aufgeführt, wo ein anscheinend nahezu akutes Trauma die Ursache abgab; es mag allerdings auch da der Einwand erhoben werden, dass dadurch ein bisher latent verlaufenes Leiden manifest wurde, und dieser Einwand liegt um so näher, als eine solche vorher bestandene Bindegewebswucherung unter einem frischen traumatischen Reiz plötzlich Beschwerden macht. Andrerseits kann ein Trauma auch wohl den Anstoss geben, die ersten Erscheinungen bleiben aber ungewürdigt. König möchte auch heute noch der Arthritis urica eine gewisse Bedeutung zumessen, und diese Annahme hat Manches für sich. In beiden obigen Fällen handelte es sich um früh gealterte Individuen mit sklerotischen Gefässen. Und gerade diese Nebenumstände sind mir in Verbindung mit der ausgesprochenen Dupuytren'schen Kontraktur ebenso wie ihren Anfängen in der Regel begegnet.

Bei der Häufigkeit der Handverletzungen hat es grossen Werth, das Auftreten der Aponeurositis möglichst frühzeitig zu konstatiren. Man muss daran denken, dass es jedenfalls zwei Formen giebt, eine im ersten Stadium, hypertrophische Aponeurositis, und eine atrophische Form. Die erstere führt wohl durchweg zur letzteren. Die letztere fällt wohl in der Regel auf — durch die deutliche Begleiterscheinung der Kontraktur, die erstere kann übersehen werden. Man wird also die Hohlhand gegebenen Falles einer eingehenden Palpation unterziehen müssen, am Besten in der Art der palpatorischen Massage.

Das ärztliche Berufsgeheimniss.

Von
Kreisphysikus Dr. **Israel**-Medenau (Ostpr.)

In dem Verkehr zwischen Patienten und dem Arzte geniesst dieser eine Vertrauensstellung. Es werden ihm Dinge anvertraut, welche mit der Ursache, dem Verlauf der Krankheit zusammenhängen; oft auch erfährt er dabei Umstände, welche mit der eigentlichen Krankheit nur einen losen Zusammenhang haben. Der Arzt muss daher wissen, welche Rechte und welche Pflichten er in seinem verantwortungsvollen Berufe in Beziehung auf die Bewahrung von Geheimnissen im Privatleben und vor Gericht übernommen hat. Da nun die Kenntniss der einschlägigen Bestimmungen einerseits nur wenig bekannt zu sein scheint, andererseits in neuerer Zeit durch Entscheidungen des höchsten Gerichtshofes die Normen für die Auslegung der gesetzlichen Vorschriften festgesetzt sind, so erscheint wohl die folgende Besprechung des ärztlichen Berufsgeheimnisses gerechtfertigt.

§ 300 des Deutschen Reichs-Strafgesetzbuches lautet: . . . . Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis 1500 Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. — Es wird zu erklären sein, was man unter dem Begriffe des „anvertrauten Privatgeheimnisses" zu verstehen hat und wie der Gesetzgeber das „Offenbaren" aufgefasst wissen will. Wir folgen hierbei den Auffassungen, welche in den Entscheidungen des Reichsgerichts, Bd. 13, Seite 60 und vom 26. Juni 1894 niedergelegt sind.

Es soll vorausgeschickt werden, dass in der strafbaren Offenbarung des „Geheimnisses" zwar eine Ehrverletzung liegen kann, dass dies aber nicht nothwendig der Fall zu sein braucht. Der Arzt soll alles Dasjenige geheim halten, was er bei der Ausübung seines Amtes, Berufes oder Gewerbes erfahren hat. Es sind dies nicht blos die Krankheit selbst und ihre Ursachen, sondern auch solche, wenn auch nicht zu den Krankheiten selbst zu rechnende Thatsachen, deren Kenntnissnahme in das Gebiet der Ausübung des ärztlichen Berufes als solchen fällt und die er in seiner Eigenschaft als Arzt wahrgenommen hat. Indessen ist nicht die Offenbarung jeder derartigen Wahrnehmung mit Strafe bedroht. Nehmen wir an, dass ihm eine Mittheilung zugegangen ist mit der ausdrücklichen Aufforderung sie geheim zu halten, dann ergiebt es sich von selbst, dass er das Erfahrene geheim zu halten hat. Eine derartige Aufforderung braucht aber nicht wörtlich gestellt zu sein, sie kann sich vielmehr schon aus den Umständen selbst stillschweigend ergeben und dies ist der Fall, wenn ein Interesse der Personen an der Geheimhaltung erkennbar ist (daher auch „Privatgeheimnisse"). Dieses Interesse kann aus den verschiedensten Motiven entspringen, zweifellos auch aus der Rücksicht auf Anstand und Sitte (Geschlechtskrankheiten), auf Ehre, Ansehen oder Familienverhältnisse.

Das Privatgeheimniss muss auch „anvertraut" sein. Die Mittheilung braucht nicht in einer Darlegung der Krankheit oder der sonstigen Verhältnisse zu bestehen. Es genügt, dass der Arzt entweder einmal zugezogen ist oder im Allgemeinen für alle in der Familie vorkommenden Fälle gewählt ist; damit wird ihm auch dasjenige der Kenntnissnahme zugänglich gemacht, was er in der Ausübung seines Berufes in Erfahrung bringt. Soweit dies als ein Geheimniss erachtet werden muss, dessen Geheimhaltung im Interesse des Zuziehenden liegt, hat dieser es dem Arzte anvertraut, gleichgiltig, ob er sich Verschwiegenheit ausdrücklich ausbedungen hat oder nicht.

Strafbar ist das „unbefugte Offenbaren" der Privatgeheimnisse; das Offenbaren geschieht durch jede Mittheilung an einen Andern. In dieser Beziehung ist folgender Fall sehr lehrreich: Die von ihrem Ehemanne misshandelte Frau A. hatte sich von dem Dr. B. untersuchen und ein Attest über die Folgen der Misshandlung ausstellen lassen. Vor und nach dieser Untersuchung hatte sie mehreren Personen von der ihr seitens des Ehemanns widerfahrenen schlechten Behandlung Mittheilung gemacht, so dass diese stadtbekannt war. Am Abend desselben Tages wurde Dr. B. auf der Strasse beim Vorübergehen befragt, ob das Gerede wahr sei. Er bestätigte dies und fügte hinzu,

dass die A. vielfache Spuren der Misshandlungen an ihrem Leibe habe. In dieser Mittheilung hat das Landgericht eine Offenbarung des Geheimnisses gesehen und ist zu einer Verurtheilung des Dr. B. gelangt; das Reichsgericht hat das Urtheil bestätigt. In der Begründung wurde ausgeführt, das offenkundige Dinge der Kenntniss Anderer allerdings nicht mehr entzogen, nicht mehr geheim gehalten werden können. Dagegen können Dinge, von denen Andere nur eine unsichere oder ungewisse Kenntniss haben, als offenkundige in diesem Sinne nicht gelten. Dr. B. hat diese nicht offenkundige Dinge durch seine Mittheilung offenbart und Wahrnehmungen kund gegeben, die den Anderen unbekannt waren.

Eine strafbare Absicht (zu schaden, Gewinn zu erzielen oder dergl.) ist nicht erforderlich; auch der leichtsinnige Vertrauensbruch wird bestraft. Der Umstand, dass die Veröffentlichung zu wissenschaftlichen Zwecken, z. B. Darstellung eines Krankheitszustandes durch den behandelnden Arzt, erfolgte, schliesst die Bestrafung nicht aus. Wenn der wissenschaftliche Zweck nicht ohne Offenbarung des fremden Geheimnisses erreicht werden kann, so ist die Zustimmung des Patienten nothwendig; geschieht es mit Wahrung vollständiger Diskretion bezüglich Bezeichnung der Personen, so liegt keine Offenbarung vor (Rüdorff, Kommentar zum Str.-G.-B.).

Da bei einer Verletzung des Privatgeheimnisses ein öffentliches Interesse nicht vorliegt, so tritt die Verfolgung nur auf Antrag ein. Diesen Antrag zu stellen ist natürlich diejenige Person berechtigt, welche das Vertrauen schenkte, falls dies mehrere Personen sind, jede derselben. Auch diejenigen Personen, welche die rechtliche Verpflichtung oder Befugniss haben, für Einholung des ärztlichen Rathes resp. für Heilung des Kranken zu sorgen, sind antragsberechtigt; mithin der Vater für die minderjährigen Kinder, resp. deren gesetzliche Vertreter, der Ehemann für die mit ihm zusammenlebende Ehefrau. Bei Geisteskranken und Taubstummen steht dem Vormund, endlich auch dem Rechtsnachfolger der Partei die Berechtigung zu, den Antrag zu stellen.

Wie verhält es sich nun mit den Berufsgeheimnissen für den Fall, dass der Arzt vor Gericht über dieselben Aussage machen soll? Es tritt nämlich öfters der Fall ein, dass der Arzt als „Sachverständiger und Zeuge“ vorgeladen ist oder als „sachverständiger Zeuge“ und als solcher auch den Zeugen- und Sachverständigen-Eid leisten muss, z. B. wenn der Arzt über den Zustand eines von ihm gleich nach einer Verletzung behandelten, nunmehr verstorbenen Menschen sich äussern soll oder wenn der Verletzte als naher Verwandter des Angeklagten die Aussage als Zeuge verweigert. In diesen Fällen steht dem Arzte der § 52 der Straf-Prozessordnung zur Seite, welcher lautet: Zur Verweigerung des Zeugnisses sind berechtigt: . . „Aerzte in Ansehung Desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist, sofern sie von der Verpflichtung der Verschwiegenheit nicht entbunden sind.“ Von dieser Verpflichtung kann den als Zeugen Benannten nur Derjenige wirksam entbinden, der ihm die betreffende Thatsache mitgetheilt hat; ob dies der Beschuldigte ist oder nicht, macht keinen Unterschied aus. — Die Aerzte haben also das Recht, über Berufsgeheimnisse die Aussage zu verweigern, es ist aber keineswegs nothwendig, dass sie von diesem Rechte Gebrauch machen. Hat sich aber der Arzt aus irgend einem Grunde entschlossen, von dem Recht der Verweigerung der Zeugenaussage nicht Gebrauch zu machen, so kann er natürlich nicht bestraft werden, weil hier ein „unbefugtes“ Offenbaren nicht vorliegt (Löwe, Kommentar zur Str.-P.-O.). — Für Civilsachen bestehen betreffs der Zeugnissverweigerung ähnliche Bestimmungen, ausserdem ist aber noch im § 348, Abs. 8 der C.-P.-O. vorgeschrieben: Die Vernehmung der . . . Aerzte ist, auch wenn das Zeugniss nicht verweigert wird, auf Thatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, dass ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugniss nicht abgelegt werden kann.

Eine Ausnahme von den eben beschriebenen Bestimmungen ist im § 139 des Str.-G.-B. enthalten, welcher Denjenigen mit Gefängniss bedroht, der von dem Vorhaben eines Hochverraths, Landesverraths, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhaft Kenntniss erhält und es unterlässt, Anzeige zu machen. In diesen Fällen sind auch die Aerzte in jedem Falle anzeigepflichtig.

Ferner sind für Sachverständige in Unfallsachen die §§ 107 und 108 des Unfall-Versicherungs-Gesetzes vom 6. Juli 1884 wichtig. Nach diesen sind strafbar: . . . „Sachverständige, wenn sie unbefugt Betriebsgeheimnisse offenbaren, welche kraft ihres Amtes oder Auftrages zu ihrer Kenntniss gelangt sind; ferner wenn sie absichtlich zum Nachtheile der Betriebsunternehmer Betriebsgeheimnisse, welche kraft ihres Amtes oder Auftrages zu ihrer Kenntniss gelangt sind, offenbaren oder geheimgehaltene Betriebseinrichtungen oder Betriebsweisen, so lange als diese Betriebsgeheimnisse sind, nachahmen.“

Endlich wären diejenigen Bestimmungen anzuführen, welche sich auf die Amtsverschwiegenheit der beamteten Aerzte (Amtsgeheimnisse) beziehen. Nach § 53 der Str.-P.-O. dürfen öffentliche Beamte, auch wenn sie nicht mehr im Dienste sind, über Umstände, auf welche sich ihre Pflicht zur Amtsverschwiegenheit bezieht, als Zeugen nur mit Genehmigung der vorgesetzten Dienstbehörde vernommen werden. Nach der Ministerial-Verfügung vom 25. März 1883 wird es ihnen zur Pflicht gemacht, in allen Fällen einer an sie ergehenden gerichtlichen Vorladung a) als Sachverständige, b) als ausserhalb des Wohnortes zu vernehmende Zeugen, c) als Zeugen über Umstände, auf welche sich ihre Pflicht zur Amtsverschwiegenheit bezieht, unter Angabe des Sachverhalts der vorgesetzten Dienstbehörde Anzeige zu machen, damit eventuell rechtzeitig das gesetzliche zustehende Einspruchsrecht gewahrt werde. Diese Anordnung erstreckt sich auch auf die Fälle, in welchen die Beamten durch einen Angeklagten unmittelbar vorgeladen werden sollten. Eine Ausnahme findet nach der Ministerial-Verfügung vom 3. Dezember 1883 in denjenigen Fällen statt, wo die Medizinalbeamten von den ordentlichen Gerichten oder den Königlichen Staatsanwaltschaften ihres bezw. des vertretenen Physikatsbezirks in Strafsachen oder in Entmündigungssachen als Sachverständige herangezogen werden. In diesen Fällen sind sie von der Anzeigepflicht entbunden, es sei denn, dass ihre Vernehmung Umstände betrifft, auf welche sich ihre Amtsverschwiegenheit erstreckt. In allen übrigen Fällen ist die Anzeige nöthig.

Referate.

Hemianopsia bitemporalis traumatica, mit besonderer Berücksichtigung der hemianopischen Pupillenreaktion.

Von Dr. Peretti-Mülheim a. R.
Augenarzt.

(Festschrift zur Feier des fünfzigjähr. Jubiläums des Vereins der Aerzte des Reg.-Bez. Düsseldorf. 1894. Wiesbaden. J. F. Bergmann.)

Beidseitige temporale Halbblindheit, d. h. Ausfall der äusseren Gesichtsfeldhälften, wird nur als seltene Sehstörung beobachtet. Da hierbei die inneren Netzhauthälften, welche von den gekreuzten Bündeln der Sehnerven versorgt werden, funktionsunfähig geworden sind, so muss die Läsion an derjenigen Stelle sitzen, wo diese beiden Bündel beisammen liegen, also im Chiasma.

Dem bisher einzigen Falle von traumatischer bitemp. H. von Schöler und Uhthoff (Beiträge zur Pathologie des Sehnerven und der Netzhaut, 1884) fügt Verfasser einen neuen hinzu: Dem Zechenarbeiter Pf. wurde am 20. Dezember 1892 von einer rasch rotirenden Kreissäge ein vier Fuss langes, dickes Stück Holz gegen den Kopf geschleudert. Der Verletzte brach sofort bewusstlos zusammen und wurde mit den Erscheinungen einer schweren Schädelbasisfraktur in ein Krankenhaus gebracht, wo er erst am zwölften Tage das Bewusstsein wieder erlangte. Am 21. März 1893 kam er wegen Sehstörung in Behandlung des Verfassers. Er leidet an Schwindel, Kopfschmerzen, Doppeltsehen, Gedächtnissschwäche, Schlaflosigkeit, Schwerhörigkeit des rechten Ohres, Mangel jeder Geschmacksempfindung, starkem Durstgefühl mit Polyurie, Anosmie, Obstipation, grosser Schwäche in den Beinen, erschwerter Sprache. Auf der vorderen Schädelhälfte, über dem rechten Stirnhöcker beginnend, zieht eine 12 cm lange, schräg nach links hinten verlaufende, dem Knochen nicht adhärente Hautnarbe, welche ziemlich senkrecht über dem linken Ohre endigt. Rechter Abducens vollständig paretisch, das rechte Auge in Konvergenzstellung. Die Pupillen, gleichmässig etwas erweitert, reagiren sowohl direkt als auch konsensuell auf Lichteinfall, aber träger als normal. Die äusseren Hälften der Gesichtsfelder fehlen, jedoch ist beiderseits der Fixationspunkt erhalten. Rechts S = 4/18, links S = 4/36. Beiderseits besteht Farbenstörung (als Ausdruck einer Leitungsstörung im Sehnerven), roth und gelb werden nicht mehr unterschieden. Ophthalm. zeigen sich die Sehnervenpapillen weisslich verfärbt, Arterien eng, Venen weiter als normal. Die Doppelbilder sind wahrscheinlich auf eine Parese der m. rect. int. und obliq. inf. oc. d. zu beziehen. Die Empfindlichkeit der Schleimhaut der Mundhöhle, Zunge, Gaumen ist herabgesetzt. Urin zucker- und eiweissfrei. Nach zwei Monaten ist das linke Auge vollständig amaurotisch. Rechts hat sich die Abducenslähmung gebessert, das nasale Gesichtsfeld nach oben bedeutend eingeengt. Rasche Ermüdbarkeit bei genauem Sehen. Blendungsgefühl. Hörvermögen und Sprache besser. Verfasser nimmt zur Erklärung dieses komplizirten Krankheitbildes mehrere Herde im Gehirn an. Gehörstörung, Abducenslähmung, Polyurie bezieht er auf Veränderungen am Boden des vierten Ventrikels. Sprachstörung und eine Panästhesie am rechten Oberschenkel auf direkte Einwirkung des Trauma auf die Rinde der linken Grosshirnhemisphäre, die Parese der m. obliq. inf. und rect. int. auf Schädigung innerhalb der Orbita. Schliesslich eine Längsfissur der Schädelbasis, welche das Chiasma in der sagittalen Mittellinie getroffen hat.

Eine hemianopische Pupillenreaktion (d. h. Kontraktion der Pupille nur bei Beleuchtung der empfindenden Netzhauthälfte) konnte Verfasser nicht konstatiren. Dagegen trat eine Lichtreaktion, nach Erblindung des linken Auges, an demselben nur auf, wenn die temporale Netzhauthälfte intensiv beleuchtet wurde. Das Nähere muss im Original selbst nachgelesen werden.

Jacobsohn.

Verletzungs-Erblindungen.

Von Dr. L. Grossmann-Budapest.
(Wiener med. Presse, 1895 No. 14 u. 15.)

Zu seinen im Jahre 1887 an derselben Stelle veröffentlichten zwei Fällen von Augenverletzungen durch Dynamitexplosion fügt Verfasser noch drei neue. Alle drei Mal besteht auf einem Auge eine perforirende Wunde mit Verletzung der Iris und Linse. Zweimal Ausgang in Phthisis bulbi; das dritte Auge wird enucleirt, es findet sich im hintersten Abschnitt des Auges ein 9 mm langes, $1^1/_2$ mm breites Stück des Zündhütchens. Die beiden ersten Fälle zeigen auch leichte Verletzungen des anderen Auges (Verbrennung der Lider, in die Hornhaut eingedrungene Fremdkörper), welche ohne Schädigung des Sehvermögens heilen. Da durch die Hornhautwunde immer kleine Fremdkörper (Sandtheilchen) eingedrungen sind, so ist die Prognose meist schlecht. Die Augen gehen durch Glaskörpereiterung, Netzhautablösung, Ablösung der Chorioidea und andere schwere Veränderungen zu Grunde.

Beiderseitige Erblindungen durch Verletzungen (aller Art) sind häufig; entweder es erblinden beide Augen direkt durch die Verletzung, 4 Prozent aller Erblindungen; oder es wird nur ein Auge verletzt, während das zweite sympathisch erblindet, 4,5 Prozent aller Erblindungen (nach Magnus). Einseitige Erblindungen durch Verletzungen 24,2 Prozent (Cohn). Die meisten Verletzungen kommen bei Metallarbeitern vor (58 Prozent) und davon fast die Hälfte bei Schlossern. Verfasser empfiehlt als zweckmässig die bei Bononi, Colson und Feraris in Mailand verfertigte Schutzbrille mit 3—4 mm dickem Glase. Diese Brille soll selbst beim Anprall grösserer Metalltheile nicht zersplittern, sondern lediglich Risse oder Sprünge erhalten.

Jacobsohn.

Ueber den Infektionsmodus bei Kehlkopftuberkulose und einige seltenere Fälle von Kehlkopftuberkulose mit günstigem Verlauf.

Von Dr. Thost-Hamburg.
(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1895, No. 2.)

In einem auf der Naturforscher-Versammlung in Wien 1894 gehaltenen Vortrage über obiges Thema berichtete Thost über einen 32jährigen, hereditär nicht belasteten Sielarbeiter, welcher mit mehreren Anderen tief in ein Siel hinabgefallen war. Er wurde bewusstlos herausgezogen, die Uebrigen erstickten im Siel. Seit der Zeit behauptet der früher sehr kräftige Mann, zu husten, Heiserkeit besteht seit einigen Monaten. Bei der Untersuchung erscheinen beide Lungenspitzen suspekt, im Kehlkopf findet sich eine leicht blutende ulcerirte Stelle am vorderen Ende des rechten Stimmbandes. Im Sputum keine Bazillen; gutes Allgemeinbefinden. Auf Milchsäure wesentliche Besserung, beginnende Benarbung des Ulcus; die Behandlung dauert fort.

Ob es in diesem Falle zur Bewerbung um Unfallrente gekommen ist, weiss Ref. nicht. Er zeigt aber aufs Neue, wie leicht die Versicherten geneigt sind, ein unerwartet auftretendes Leiden mit einem früher erlittenen Unfall in ursächliche Verbindung zu bringen. Ein in solchem Falle erfordertes ärztliches Gutachten könnte bei dem vollständigen Mangel an einschlägigen Erfahrungen erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

T.

Ueber Folgen und Behandlung von Fingerverletzungen.

Von G. Ledderhose-Strassburg i. Els.
(Sammlung Klinischer Vorträge v. Volkmann. No. 121, 1895.)

Verfasser bemerkt mit Recht, dass bei kaum einer Art von Verletzungen der Extremitäten funktionell nachtheilige Komplikationen so sehr in den Vordergrund treten wie bei den Fingerverletzungen. Es handelt sich bei diesen Störungen hauptsächlich um gewisse Veränderungen der Fingerhaut und um Beschränkung der Gelenkbeweglichkeit, welche meist neben einander auf gemeinsamer Grundlage zu Stande kämen. Er fasst die fraglichen Veränderungen der Haut, welche unter bestimmten Bedingungen nach Fingerverletzungen auftreten, im Allgemeinen unter dem Namen der „Glanzhaut" zusammen; er will aber diesen Namen ganz allgemein symptomatisch anwenden, und durch entsprechende Zusätze weiter bezeichnen, welche Aetiologie im einzelnen Falle der glatten, glänzenden Beschaffenheit der Haut zu Grunde liegt; so wäre also zu sprechen von Glanzhaut nach Nervenverletzungen, nach Lähmungen, nach Sclerodermie, bei Syringomyelie, auf entzündlicher Basis, durch Inaktivität u. s. w

— Der Verfasser unterscheidet drei nicht selten scharf von einander zu trennende Formen der Glanzhaut: das eine Mal sind die Finger erheblich abgemagert, die glatte, glänzende Haut ist stark verdünnt, blass, in dünnen Falten aufhebbar; andere Male liegt keine Abmagerung, oft im Gegentheil eine Zunahme des Fingerumfangs vor, die glänzende Haut ist rosa oder blauroth gefärbt, leicht geschwollen und lässt sich nur unvollkommen oder gar nicht in Falten aufheben. Endlich sehen wir Fälle, wo wohl Abmagerung der Finger besteht, die Haut aber ausser durch Glätte und Glanz durch auffallende Spannung und Derbheit ausgezeichnet ist. Die beiden letzten Formen gehörten zusammen und könnten als hypertrophische und sclerotische Glanzhaut, die erstere als atrophische Glanzhaut bezeichnet werden. — Verfasser führt dann die Ergebnisse mikroskopischer Untersuchung der Haut an, welche er an amputirten Fingern gewonnen, und welche im Wesentlichen auf Cirkulationsstörungen hinauslaufen. — In Bezug auf die Prognose der Glanzhaut nach Fingerverletzungen lehrt nach L. die Erfahrung, dass im Allgemeinen häufiger und leichter eine theilweise oder vollständige Rückkehr zur Norm eintritt als man erwarten sollte, wenn auch oft darüber sehr lange Zeit vergeht. — Bei der Prophylaxe der Glanzhaut spricht sich L. gegen den in seiner allgemeinen Form durchaus anfechtbaren Grundsatz eines möglichst konservativen Verfahrens bei der Behandlung von Fingerverletzungen aus; nach ihm brächte das so gerühmte konservative Behandlungsverfahren zahllosen Fingerverletzten gar keinen Vortheil, sondern nur Schaden, nämlich schwere funktionelle Störungen und eine entsprechende Verminderung der Erwerbsfähigkeit. Besonders beschuldigt er aber auch für die Entstehung der Glanzhaut die überlange Fixation durch Verbände und Schienen, welche nirgends soviel Schaden stiftet, wie gerade an den Fingern.

Gebührenwesen.

Der Entwurf über die Gebühren der praktischen Aerzte, welcher vom Ministerium den Aerztekammern zur Aeusserung vorgelegt ist, enthält für die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit folgende Paragraphen:

23. Ein schriftlicher Krankheitsbericht oder ein Gutachten drei bis dreissig Mark.
25. Die Besichtigung einer Leiche nebst Ausstellung einer kurzen Bescheinigung, ausser der Gebühr für den Besuch, drei bis sechs Mark.
27. Ein schriftlicher Sektionsbericht drei bis zehn Mark.

Wir halten diese Bestimmungen für unzureichend, und würden in Bezug auf die Gebühren für die gutachtliche Thätigkeit des praktischen Arztes folgende Sätze vorschlagen:

1. Für die kurze Bescheinigung einer Krankheit und deren Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Erkrankten mit Rücksicht auf seinen Beruf (Befundschein) drei bis fünfzehn Mark.
2. Für jedes Gutachten, welches die vorherige Untersuchung des ganzen Körpers voraussetzt, sechs bis dreissig Mark.
3. Für jedes Gutachten mit eingehender Begründung des Krankheitszustandes und dessen Folgen zehn bis fünfzig Mark, mit der Massgabe, dass die höheren Sätze einzutreten haben, wenn sie motivirt sind durch die Genauigkeit und Zeitdauer der Untersuchung, durch die Ausführlichkeit der Begründung des Urtheils, oder durch zeitraubende Aktendurchsicht.
4. Für jede Sektion einer Leiche und den darüber zu erstattenden Bericht zwanzig bis fünfzig Mark.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Mittelbarer ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall und dem Tod durch Magenkrebs.

Der Pferdebahnkutscher A. Lewwe, welcher im Betriebe der Grossen Berliner Pferdebahn A.-G. beschäftigt gewesen war, erlitt am 1. September 1887 bei einem Zusammenstoss des von ihm geführten Pferdebahnwagens mit einem Bierwagen eine Kontusion des Brustkastens und eine Erschütterung des Centralnervensystems und wurde zunächst im Städtischen Krankenhause Moabit, dann vom Bahnarzt Dr. Werner, Prof. Eulenburg und Prof. Mendel ärztlich behandelt. Nachdem Lewwe dann noch ohne Erfolg mehrere Bäder besucht hatte, starb er am 29. November 1892 an Magenkrebs. Die Hinterbliebenen des Lewwe, welche den Tod ihres Ernährers auf den Betriebsunfall vom 1. September 1887 zurückführen, wurden mit ihrem Entschädigungsanspruch von der Strassenbahn-Berufsgenossenschaft abgewiesen. Gegen diesen Bescheid haben die Kläger Berufung beim Schiedsgericht eingelegt. Das Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Ober-Regierungsraths Poschmann schloss sich dem Gutachten des dahingeschiedenen früheren Direktors Dr. Paul Gutmann vom 1. Dezember 1892 an, wonach der Betriebsunfall vom 1. September 1887 ausser jeglichem Zusammenhange mit der Todesursache des Lewwe — der Krebskrankheit — steht. Gegen diese Entscheidung erhoben die Kläger Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt. Durch Beschluss vom 23. November 1893 erfordert das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Direktors Pfarrius ein Gutachten von Prof. Fürbringer darüber, ob: 1. thatsächlicher Anhalt darüber vorliegt, dass die von Lewwe am 1. September 1887 erlittene Verletzung und Kontusion das zum Tode des Lewwe führende Krebsleiden veranlasst habe, oder ob: 2. die durch den Unfall vom 1. September 1887 verursachten Leiden und der von diesen Leiden bedingte, offenbar weitgehende Kräfteverfall die Vorbedingungen für die organische Entwickelung des zum Tode führenden Krebsleidens geschaffen haben könne und deshalb ein mittelbar ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tode des Lewwe vom ärztlichen Standpunkte anerkannt werden kann; und ob 3. anzunehmen ist und zwar mit welchem Mass von Wahrscheinlichkeit, dass ein unabhängig von den Folgen des Unfalles vom 1. September 1887 entstandenes Krebsleiden des Lewwe durch die Folgen jenes Unfalls in seinem Verlauf so sehr beeinflusst worden ist, dass der Tod des Lewwe erheblich früher eintreten musste, als er beim Fehlen der Folgen des Unfalls durch das Krebsleiden allein herbeigeführt sein würde. — Prof. Fürbringer hat in seinem Gutachten vom 11. Januar 1894 die Frage 1 und 2 unbedingt, die Frage 3 mit der Massgabe verneint, dass die Wahrscheinlichkeit einer Zeitdifferenz von einigen Monaten zugelassen werden müsse. Die Kläger brachten sodann am 17. Februar 1894 ein Gegengutachten des Bezirksphysikus Dr. Litthauer bei, in welchem bezüglich der Frage 1 und 3 des Beweisbeschlusses dem Prof. Fürbringer zugestimmt wird, zu Frage 2 dagegen der mittelbare ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und dem todbringenden Krebsleiden in einem fast an Gewissheit grenzenden Grade als wahrscheinlich bezeichnet wird. Dieses Gutachten hat, nachdem Dr. Litthauer dasselbe im April 1894 ergänzt und durch Literaturnachweise begründet hatte, dagegen Prof. Fürbringer bei seiner Auffassung stehen geblieben war, das Reichs-Versicherungsamt veranlasst, die Frage 2 des Beweisbeschlusses Prof. Dr. Schoenborn in Würzburg zur Begutachtung vorzulegen. Letzterer gelangte zu folgendem Ergebniss: Der durch den Unfall bedingte Kräfteverfall ist keine Vorbedingung für die organische Entstehung

des zum Tode führenden Krebsleidens, weil durch einen Kräfteverfall ein Krebsleiden nicht entsteht. Es muss aber mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass ein viel direkterer, mittelbarer, ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Krebsleiden besteht, indem dasselbe sich höchstwahrscheinlich nicht entwickelt hätte, wenn nicht die Magenschleimhaut — sei es durch Schleimhautzerreissungen infolge der Kontusion, sei es durch die traumatische Neurose, die eine unmittelbare Folge der Verletzung darstellt, in einen Zustand der chronischen Reizung versetzt worden wäre. Die in den inneren Organen der Bauchhöhle vorgefundene krebsige Entartung war nur eine Folge des Magenkrebses. Der Grad der Wahrscheinlichkeit des mittelbaren Zusammenhanges ist ein sehr hoher, fast an Gewissheit grenzender. — In der letzten mündlichen Verhandlung beantragte die Berufsgenossenschaft bei dem Widerspruch der Aerzte noch ein Obergutachten von Prof. Dr. Virchow. Die weiteren Beweisanträge wies nunmehr aber das Reichs-Versicherungsamt zurück und verurtheilte die Berufsgenossenschaft mit folgender Begründung: Die Entscheidung hatte davon auszugehen, dass die Beklagte den Klägern nicht bloss Schadenersatz nach § 6 U. V. G. zu leisten hat, wenn das den Tod des Lewwe unstreitig veranlassende Krebsleiden durch den Unfall unmittelbar herbeigeführt ist, eine gleiche Verbindlichkeit der Beklagten vielmehr schon anerkannt werden muss, wenn jenes Krebsleiden unter der Mitwirkung hinzutretender ungünstiger Umstände, z. B. einer bestehenden körperlichen Disposition des Verletzten, zu krebsartigen Erkrankungen — mittelbar durch Folgen des Unfalls hervorgerufen ist. Eine unmittelbare Ursächlichkeit des Unfalls für das Krebsleiden und den Tod des Lewwe kann nach den ärztlichen Gutachten nicht angenommen werden. Hinsichtlich des mittelbaren ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfall und dem Tode durch Magenkrebs sind die Gutachter getheilter Ansicht, indem die Gutachter Gutmann und Fürbringer einen solchen Zusammenhang verneinen, Litthauer und Schoenborn dagegen ihn als höchst wahrscheinlich, ja fast gewiss, bezeichnen. Ein Anlass zu weiterer Beweisaufnahme ist hieraus vorweg nicht zu entnehmen. Denn die in Betracht kommenden Fragen sind zweifellos von den Gutachtern wissenschaftlich erschöpft und thatsächlich mit positiver Gewissheit nach dem Stande der Sache überhaupt nicht zu entscheiden. Im Anschluss an die Darlegungen von Dr. Litthauer und Dr. Schoenborn ist das Reichs-Versicherungsamt zur Feststellung gelangt, dass der Unfall — sei es durch Verletzung der Magenschleimhaut, sei es durch einen in Folge der Unfallsneurose eingetretenen entzündlichen Zustand der Magenwände — im Magen des Lewwe Verhältnisse geschaffen hat, welche den hier zuerst erfolgten Ausbruch des Krebses örtlich in so hohem Masse begünstigten, dass die Entstehung des Krebsleidens, gerade weil sie im Magen erfolgte, in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden muss. Dabei wird nicht verkannt, dass neben dem Zustand der Magenwand noch andere unbekannte organische Voraussetzungen der Krebskrankheit mitgewirkt haben mögen, aber angenommen, dass diese Krankheit den im Beginn der dreissiger Jahre stehenden Verletzten nicht, bezw. noch nicht befallen haben würde, wenn nicht der Zustand seines Magens in Folge des erlittenen Unfalls besonders günstige Bedingungen für den Eintritt der Krebskrankheit geboten hätte.

m.

Verhältniss der Invalidenrente zur Unfallrente.

Die Versicherungsanstalten sind im Falle des § 9 Abs. 2 verpflichtet, dem Rentenberechtigten denjenigen Betrag an Invalidenrente zu gewähren, um welchen dieselbe die aus gleicher Ursache bewilligte Unfallrente übersteigt. Eine Rentenbewerberin, welche von einer Berufsgenossenschaft eine Unfallrente von fünf Mark monatlich bezog, beanspruchte die Gewährung der Invalidenrente abzüglich dieses Betrages. Es bestand kein Streit darüber, dass sie — abgesehen von dem § 9 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes — zum Bezuge einer Invalidenrente berechtigt, und dass die durch die Letztere zu entschädigende Erwerbsunfähigkeit lediglich durch den Betriebsunfall herbeigeführt war, aus Anlass dessen die Unfallrente gezahlt wurde. Es fragte sich lediglich, ob durch Gewährung der Unfallrente die Bewilligung einer Invalidenrente gänzlich ausgeschlossen oder aber nur auf denjenigen Betrag beschränkt sei, um welchen die Letztere die Unfallrente übersteige. Das R. V. A. ist der letzteren Meinung beigetreten. Die Worte in § 9 Abs. 2 des Ges. „— insoweit, als —“ lassen sehr wohl die Auslegung zu, dass die Invalidenrente jedenfalls bis zu dem Betrage begründet ist, um welchen sie die auf Grund der Unfallversicherungsgesetze gewährte Rente übersteigt. Man muss jenen Worten also diese eingeschränkte Bedeutung beilegen, solange nicht aus anderen Bestimmungen deutlich erhellt, dass sie sich überhaupt nicht auf den ziffernmässigen Betrag, sondern lediglich auf die Thatsache der Gewährung einer Unfallrente beziehen. Ein solcher Nachweis ist aber um so weniger zu erbringen, als kein materieller Grund ersichtlich ist, welcher den Gesetzgeber hätte veranlassen können, denjenigen Personen, welche eine Anwartschaft auf Invalidenrente durch Beiträge etc. erworben haben, die Rente auch dann vollständig einzubehalten, wenn ihnen auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes keine entsprechende Fürsorge, sondern nur eine geringere Rente zu Theil wird. Die Versicherungsanstalt muss daher die Invalidenrente in dem Betrage gewähren, um welchen sie die aus Anlass des Unfalls vom 12. März 1892 gewährte Unfallrente übersteigt. (Entsch. vom 17. Dez. 1894.)

(Die Invaliditäts- u. Alters-Versicherung.)

(Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1895. No. 4.)

Hysterie als Folge eines Unfalls und der zur Beseitigung seiner Folgen vorgenommenen ärztlichen, insbesondere medico-mechanischen Behandlung.

Ein Arbeiter hatte am 28. Juni 1892 durch einen Betriebsunfall einen Bruch des rechten Unterschenkels erlitten, welcher zunächst in der Königlichen Charité zu Berlin chirurgisch geheilt, dann von der zuständigen Berufsgenossenschaft zur Nachbehandlung an einen auswärts wohnhaften Arzt verwiesen wurde. In der Behandlung des Letzteren war der Verletzte vom 20. Oktober 1892 bis 1. Mai 1893. Nach den ersten zwei bis drei Monaten stellte sich bei ihm Ischias in dem linken — unverletzten — Beine ein, deren Behandlung die Berufsgenossenschaft demselben Arzte übertrug. Die Schmerzhaftigkeit in der linken Körperseite blieb jedoch, und der Verletzte nahm allmählich eine stark verkrümmte Körperhaltung an. Auch eine vom 14. Mai bis 1. November 1893 von anderer Seite durchgeführte Behandlung blieb ohne wesentlichen Erfolg. Die Natur des Leidens veränderte sich aber, und es ergab sich schliesslich unzweifelhaft, dass der Verletzte mit einer sogenannten funktionellen Neurose — Hysterie — behaftet war.

Die Entschädigung, welche der Verletzte für die nach seiner Behauptung hierdurch herbeigeführte Aufhebung seiner Erwerbsfähigkeit forderte, wurde von der Berufsgenossenschaft abgelehnt, weil es sich um eine Folge des Unfalls nicht handle. Nachdem das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Entschädigung verurtheilt hatte, ist der von derselben dagegen eingelegte Rekurs am 15. Oktober 1894 zurückgewiesen, und auf den Rekurs des Verletzten die Rente auf den vollen Betrag der Rente für völlige Erwerbsfähigkeit festgesetzt worden mit folgender Begründung:

Unter den Folgen eines Unfalls, für welche die Berufsgenossenschaften gemäss des Unfall-Versicherungs-Gesetzes zu

haften haben, sind nicht nur die unmittelbaren üblen Wirkungen des Unfalles zu verstehen. Sie umfassen vielmehr auch die mittelbaren Wirkungen, diejenigen, für welche das Unfallereigniss erst im Zusammentreffen mit anderen Vorgängen ursächlich geworden ist, wenn nur noch gesagt werden kann, dass es für die Herbeiführung des betreffenden dem Verletzten nachtheiligen Erfolges überhaupt ins Gewicht gefallen ist (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 36 zu § 1, Anmerkung 2 zu § 5 des Unfall-Versicherungs-Gesetzes). In diesem Sinne hat das Schiedsgericht zutreffend die bei dem Kläger bestehende Hysterie als eine mittelbare Folge der Verletzung vom 28. Juni 1892 anerkannt. Sie ist entstanden als Folge der Einwirkung der beim Kläger energisch angewandten ärztlichen, insbesondere seiner medico-mechanischen Behandlung, also einer Behandlungsart, deren allgemeine Vortrefflichkeit und Heilkraft das Reichs-Versicherungsamt im Uebrigen wiederholt anerkannt und in der Rekursentscheidung 1220 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1893 Seite 168) einer eingehenden Würdigung unterzogen hat. Im vorliegenden Falle ist aber mit dem Kläger nach seiner persönlichen Beanlagung, wie der behandelnde Arzt selbst in einem seiner Berichte zugiebt, „— natürlich in der besten Absicht — zu viel geschehen". Der Gang der Entwickelung des hysterischen Leidens ist so zu denken, dass der wegen mangelhafter Kenntniss der deutschen Sprache nur schwer zu belehrende Kläger der Behandlung Misstrauen entgegenbrachte, dass dieses Misstrauen und der daraus erwachsende Widerwille sich steigerten, als ein ausreichender Erfolg auf sich warten liess, dass weiterhin der Kläger die im Januar 1893 sich einstellenden Ischiasschmerzen als eine Folge der Apparatbehandlung ansah, sich diesen Glauben auch nicht nehmen liess und endlich zu der unerschütterlichen, ihn jetzt völlig beherrschenden Ueberzeugung kam, dass die ganze Behandlung ihm nur zum Schaden gereiche. Wenn hiernach die Beklagte der Meinung ist, dass die Hysterie des Klägers lediglich eine Folge des Ischias sei, so ist das verfehlt. Der Kläger war offenbar bereits psychisch erregt und nervös gereizt, als das Ischiasleiden auftrat, und dieses Leiden bildete gewissermassen für seine halb krankhaften Vorstellungen von der Schädlichkeit seiner Behandlung den Krystallisationspunkt, von dem aus sich die Hysterie herausbildete. Lässt sich aber dergestalt schon die erste Behandlung des Klägers in C. vermöge ihrer Einwirkung auf sein Nervensystem für die bestehende Hysterie verantwortlich machen, so muss auch der Unfall vom 28. Juni 1892, welcher die Behandlung veranlasst hat, als wenigstens mittelbar dafür ursächlich angesprochen werden.

Hiernach musste dem Rekurse der Berufsgenossenschaft der Erfolg versagt werden.

Andererseits ist der Rekurs des Klägers begründet.

Das Rekursgericht hat den Angaben des persönlich im Termin zur mündlichen Verhandlung über den Rekurs erschienenen Klägers, welcher einen durchaus guten Eindruck machte, den Glauben nicht versagen können, zumal seine Behauptungen grösstentheils in den ärztlichen Gutachten volle Bestätigung, jedenfalls keinerlei Widerlegung finden. Danach ist der Kläger ein augenscheinlich hinfälliger Mensch — zu allen ein Stehen oder Gehen erfordernden Arbeiten unfähig; er hat ferner zwar unbeschädigte Arme, indessen ist er gezwungen, wenn er auch sitzen kann, wegen der zeitweise auftretenden heftigen Schmerzen regelmässig in kürzeren Absätzen aufzustehen oder sich hinzulegen; er würde also nicht anhaltend arbeiten können. Wird ausserdem in Betracht gezogen, dass der Kläger im Ganzen nervös krank ist, und es ihm offenbar an allem Vertrauen mangelt, irgend etwas leisten zu können, so kann dem geringen Rest von Fähigkeit, mit seinen unverletzten Armen und Händen vielleicht diese oder jene Hantirung vorzunehmen, die sich bei einem nur örtlich Erkrankten wirthschaftlich ausnutzen liesse, die Bedeutung eines veranschlagbaren Grades von Erwerbsfähigkeit nicht mehr zuerkannt werden. Der Kläger hat hiernach mit Recht Anspruch auf die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit erhoben, und das schiedsgerichtliche Urtheil war demgemäss abzuändern.

Aus der Praxis des württembergischen Landes-Versicherungsamtes.

Unfall durch Blitzschlag.

Anwendbarkeit des § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes.

Durch Urtheil des Landes-Versicherungsamts vom 30. Oktober 1894 wurde dem Rekurs der Ehefrau des Landwirths J. H. in M. stattgegeben und der Anspruch derselben auf Entschädigung für die Folgen eines Blitzschlags, welcher sie bei der Arbeit im Weinberg betroffen, als gerechtfertigt anerkannt.

Aus den Entscheidungsgründen ist Folgendes mitzutheilen:

Die Rekursklägerin hat einen Unfallentschädigungsanspruch gegen die landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft für den .... kreis dann, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a. wenn die durch den Blitzschlag vom 10. Mai 1889 ihr zugefügte körperliche Beschädigung als Betriebsunfall anzusehen ist;
b. wenn die Erwerbsunfähigkeit, um deren Willen die Rekursklägerin einen Entschädigungsanspruch geltend macht, als Folge des Blitzschlags sich darstellt, und
c. wenn der § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes zu Gunsten der Rekursklägerin in Anwendung zu kommen hat.

Zu a erscheint es mit Rücksicht auf die isolirte Lage des Weinberghäuschens und den Umstand, dass in dem engen Raum mehrere Menschen zusammengedrängt waren, unbedenklich, anzunehmen, dass für die Verletzte eine erhöhte Blitzgefahr vorlag. Diese erhöhte Blitzgefahr hängt aber mit dem Betrieb insofern ursächlich zusammen, als die in demselben thätigen Personen Schutz vor dem wolkenbruchartigen Regen gerade im Interesse des Betriebs suchen mussten, um nach dem Gewitter die Arbeit fortsetzen zu können, und als das Häuschen in Fällen der bezeichneten Art für die in dem Weinberg beschäftigten Personen die bestimmungsgemässe und unter den obwaltenden Umständen einzig in Betracht kommende Schutzeinrichtung bildete.

Ist aber davon auszugehen, dass die Blitzgefahr, welcher die Rekursklägerin erlag, durch den landwirthschaftlichen Betrieb ihres Mannes erhöht war, so muss die durch den Blitzschlag erfolgte Beschädigung der Rekursklägerin, in Uebereinstimmung mit der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts als Betriebsunfall anerkannt werden.

Zu b kann im Himblick auf das sachverständige Zeugniss des Oberamtsarztes Dr. G. in Sch. vom 9. März 1894 mit Grund nicht bezweifelt werden, dass die bei der Rekursklägerin vorhandene reizbare Schwäche des gesammten Nervensystems und erhebliche Abnahme des Gehör- und Sehvermögens auf die durch den Blitzschlag vom 10. Mai 1889 verursachte hochgradige Erschütterung des Centralnervensystems zurückzuführen ist.

Zu c vermag das Landes-Versicherungsamt die von dem Schiedsgericht im Anschluss an die von Woedtke, Commentar zum landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetz, 2. Aufl., Note 2 zu § 64, vertretene Ansicht, dass die in § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes bezeichneten Umstände, bei deren Zutreffen auch nach Ablauf der zweijährigen Frist des § 64 Abs. 1 a. a. O. der Anmeldung des Entschädigungsanspruchs Folge zu geben ist, **bereits bei**

der Anmeldung, also in dem die Anmeldung enthaltenen Schriftstück, vorgebracht und glaubhaft bescheinigt sein müssen, um berücksichtigt werden zu können, als richtig nicht anzuerkennen.

Das Umstandswort „zugleich“ bedeutet nicht bloss „gleichzeitig“, sondern es kann auch den Sinn haben von „ausserdem“, „überdies“. Bei dem Grundcharakter der Unfallversicherungsgesetze als Gesetze zur Fürsorge für die Versicherten erscheint es, zumal die Entstehungsgeschichte des § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes bezw. des gleichlautenden § 59 Abs. 2 des Unfallversicherungsgesetzes für eine gegentheilige Auffassung genügende Anhaltspunkte nicht bietet, der Absicht des Gesetzes entsprechend, für diejenige Auslegung sich zu entscheiden, welche dem Versicherten günstiger ist und somit die Vorbringung von die nachträgliche Anmeldung rechtfertigenden Umständen im Sinne von § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes auch noch im Laufe des an den ablehnenden Bescheid des Genossenschaftsvorstands sich anschliessenden Streitverfahrens gelten zu lassen.

Demnächst fragt es sich, ob mit Rücksicht auf das Verhalten des Ortsvorstehers von Sch. bei der ihm etwa 14 Tage nach dem Unfall mündlich gemachten Unfallanzeige anzuerkennen ist, dass die Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung ihres Anspruchs durch ausserhalb ihres Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist.

Als unzweifelhaft ist anzunehmen, dass das Verhalten des Ortsvorstehers die Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung ihres Anspruchs thatsächlich abgehalten hat. Dies genügt indes noch nicht; vielmehr erfordert die Anwendbarkeit des § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes noch weiter, dass in diesem Verhalten ein ausserhalb des Willens des Entschädigungsberechtigten liegendes Verhältniss zu erblicken ist, mit anderen Worten, dass es ihr nicht zur Schuld anzurechnen ist, wenn sie sich durch das Verhalten des Ortsvorstehers bestimmen liess, weitere Schritte zur Erlangung von Unfallentschädigung nicht zu thun. Dies ist in der That anzunehmen. Denn es kann der Rekursklägerin, bei welcher mit Rücksicht auf Stand und Geschlecht nur dürftige Rechtsverhältnisse vorausgesetzt werden dürfen, nicht als eine den Mangel des ernstlichen Willens der Geltendmachung eines Entschädigungsanspruchs bekundende Nachlässigkeit angerechnet werden, dass sie im Hinblick auf die Autorität des Ortsvorstehers, welcher von Amtswegen berufen war, an der Handhabung des Unfallversicherungsgesetzes mitzuwirken, insbesondere Unfallanzeigen entgegenzunehmen und die Unfalluntersuchung vorzunehmen, der Erklärung desselben, die Anmeldung sei verspätet, und es erscheine überdies zweifelhaft, ob für die Folgen von Blitzschlägen Unfallentschädigung gewährt werde, Glauben schenkte und die Verfolgung ihres Entschädigungsanspruches für völlig aussichtslos hielt, und dass sie dieser Meinung gemäss die rechtzeitige Betreibung ihres Anspruches unterliess.

Hiernach kommt der Rekursklägerin die Bestimmung des § 64 Abs. 2 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes zu statten, und da auch im übrigen die gesetzlichen Voraussetzungen ihres Entschädigungsanspruchs erfüllt sind, so war derselbe mit Wirkung vom 24. Februar 1894 als dem eventuell beantragten, ihr günstigeren Zeitpunkt ab, wie geschehen, anzuerkennen.

(Med. Corresp.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesvereins.)

Aus dem Reichsgericht.

Feuchte Wohnungen.

Der Miether einer Wohnung kann, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, V. Civilsenats, vom 9. Februar 1895, im Gebiete des preussischen Allgemeinen Landrechts, vom Miethsvertrage wegen Gebrauchsuntüchtigkeit der Wohnung nicht zurücktreten, wenn erwiesen ist, dass die Gebrauchsuntüchtigkeit ohne Verschulden des Miethers nicht hätte entstehen können, obgleich die Handlungen oder Unterlassungen des Miethers oder seiner Mitbewohner, welche die Gebrauchsuntüchtigkeit herbeigeführt haben, sich nicht feststellen lassen. — In dem zum Grunde liegenden Fall war die Klage des Miethers auf Aufhebung des Miethsvertrages vom Berufungsgericht abgewiesen worden, weil als erwiesen angesehen worden, dass die von der Polizei festgestellte Gebrauchsuntüchtigkeit der beiden gemietheten Zimmer nicht in Fehlern des Gebäudes oder des Grundstückes, sondern in der Art der Behandlung der Räume durch den Kläger selbst ihre Ursache gehabt habe. Die Revision des Klägers wurde vom Reichsgericht zurückgewiesen indem es begründend ausführte: „Der Berufungsrichter spricht aus, dass die Gebrauchsuntüchtigkeit ohne Verschulden des Klägers nicht entstanden sein könne, wenngleich dahingestellt bleiben müsse, was für Handlungen oder Unterlassungen der Miethbewohner die von der Polizei wargenommenen Uebelstände hervorgerufen hätten. Dass diese Feststellung eines Verschuldens des Klägers nicht ausreiche, kann der Revision nicht zugegeben werden. Es lässt sich nicht bestreiten, dass es Fälle geben kann, in denen ein Zustand sich zur vollen Ueberzeugung auf die Thätigkeit einer bestimmten Person zurückführen lässt, auch ohne dass ihr nachgewiesen werden kann, wie diese Thätigkeit im einzelnen beschaffen gewesen sei. Dahin gehört auch der vorliegende Fall, wo für erwiesen erachtet worden ist, dass die Feuchtigkeit in den Wohnräumen des Klägers während des Miethbesitzes desselben und unter Umständen, unter denen sie unbeobachtet bewirkt werden konnte, hervorgerufen sein müsse.“

Obige Entscheidung des Reichsgerichts ist für den ärztlichen Sachverständigen wichtig, insofern er sehr oft im Termin vom Richter gefragt wird, ob nach seiner Ansicht die Feuchtigkeit an den Wänden einer Wohnung durch den Niederschlag des Wasserdampfes bei der Wäsche entstanden sein konnte, bezw. durch mangelhaftes Lüften der Wohnung.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsschädliche Geräusche.

Die Polizeibehörde ist, nach einem Urtheil des Ober-Verwaltungsgerichts, III. Senats, vom 12. Febr. 1895, befugt, dem Betriebsunternehmer einer mit einem Sägewerk versehenen gewerblichen Anlage, welche keiner besonderen Genehmigung bedarf und deshalb auch nicht besonders genehmigt ist, zu verbieten, mit der Sägeeinrichtung ein für die nervösen Anwohner gesundheitsgefährdendes Geräusch zu machen, selbst wenn die gewerbliche Einrichtung schon längst bestanden, ehe die betreffenden Anwohner ihre jetzigen Wohnungen bezogen haben. „Bei der Feststellung, dass eine Gesundheitsgefahr vorgelegen habe, hat der Bezirksausschuss den Begriff der Gesundheitsgefahr (§ 10, II 17 Allg. A.-R.) nicht verkannt, er hat durchaus die Grundsätze zur Geltung gebracht, welche das Ober-Verwaltungsgericht in den Entscheidungen vom 11. Dezember 1890, vom 26. September 1892 und vom 23. März 1893 aufgestellt hat. Das subjektive Empfinden der Anwohner, welche durch Geräusch in ihrer Gesundheit gefährdet werden, ist allerdings bei Beurtheilung der Gefährlichkeit eines Geräusches mit in Betracht zu ziehen, und die Polizeibehörde, welche die Aufgabe hat, darüber zu wachen, dass das Zusammenleben der Menschen nicht durch ungewöhnliche Einwirkungen einzelner unerträglich gemacht wird, hat dabei nicht bloss gesunde Naturen, sondern auch in ihren Nerven bereits geschwächte Personen zu berücksichtigen. Ebensowenig trifft den Bezirks-

ausschuss deshalb ein Vorwurf, weil von ihm der vom Kläger behauptete Umstand, dass seine gewerbliche Einrichtung längst bestanden, ehe die Beigeladene ihre jetzige Wohnung bezogen habe, nicht berücksichtigt worden ist. Es kam hierauf garnicht an. Dem Kläger wird die Vorschrift in § 51 der Reichs-Gewerbeordnung vorgeschwebt haben. Allein diese trifft nicht zu, weil die Anlage nicht unter den § 16 a. a. O. fällt und bei nicht genehmigten Anlagen die Polizeibehörden im Interesse der ihnen gesetzlich überwiesenen Sorge für das Leben und die Gesundheit durch polizeiliche Anordnungen einem Gewerbetreibenden in Ausübung des Gewerbes vorgenommene Handlungen untersagen dürfen, wenn der Gewerbebetrieb für das Publikum gefährlich ist."

Gesundheitsschädlichkeit der Bearbeitung von Thierfellen.

Nach der Bekanntmachung des Bundesraths vom 16. Juli 1888 zu § 16 der Reichs-Gewerbeordnung ist für Anstalten zum Einsalzen ungegerbter Thierfelle die Genehmigung der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde erforderlich. In Bezug auf diese Bestimmung hat das Ober-Verwaltungsgericht, III. Senat, durch Urtheil vom 5. November 1894 ausgesprochen, dass nicht lediglich das Einsalzen, sondern auch die Aufbewahrung der Felle bis zu ihrer Zurichtung für den Verkauf an die vorgängige Genehmigung gebunden ist. „Das gewerbsmässige Einsalzen ungegerbter Thierfelle ist ausweislich der Begründung zu der Verordnung vom 16. Juli 1888 an die vorgängige Genehmigung um deswillen gebunden, weil bei derartigem Betrieb die auf der Aussenseite mit Salz bestreuten und übereinander gelegten Felle einer mehrtägigen Pökelung unterworfen und demnächst einzeln zusammengerollt meist längere Zeit aufbewahrt würden, wobei der Nachbarschaft zur erheblichen Belästigung gereichende Gerüche und Ausdünstungen sich entwickelten und in den Abgängen an austretendem Blutwasser, Salzlauge und sonstigen flüssigen Zersetzungsprodukten ein günstiger Nährboden für Infektionskeime gegeben sei. Danach ist offenbar nicht lediglich die Thatsache des Einsalzens, sondern auch der zufolge der Einsalzung bedingte weitere Betrieb und die Aufbewahrung der Felle bis zu ihrer Zurichtung für den Verkauf an die vorgängige Genehmigung gebunden, um prüfen zu können, ob die hierfür vorgesehenen Anstalten nach ihrer Lage und Beschaffenheit zugelassen werden durften . . ."

Tagesgeschichte.

In der Sitzung des Ausschusses der preuss. Aerztekammern in Berlin am 25. April 1895 berichtete nach dem Aerztlichen Vereinsblatt Wallichs über die eingegangenen Voten der andern Aerztekammern zu dem ihnen vorgelegten Antrag (Mugdan u. Gen.) der Kammer Brandenburg-Berlin vom 26. Mai 1894 betr. Unterricht in der sozialpolitischen Gesetzgebung. Demnach haben sich 9 Kammern im Allgemeinen zustimmend geäussert, 2 haben den Antrag abgelehnt, und 1 hat sich dazu noch nicht geäussert. —

In derselben Sitzung wurde über den Entwurf der neuen Medizinaltaxe von Scheele referirt. Das Resultat der Debatte war, dass anerkannt wurde, dass in dem Entwurf durch die Erhöhung sämmtlicher Maximalsätze einerseits, sowie andererseits durch die Berücksichtigung der nächtlichen, der sofortigen, der zu einer bestimmten Zeit verlangten ärztlichen Besuche und der neben den Besuchen für die ärztlichen Verrichtungen noch besonders genehmigten Gebühr dem ärztlichen Stande Vortheile dargeboten wurden; es sei aber der Minister um nochmalige Erwägung folgender Punkte zu bitten:

1. Die Minimalsätze nicht stellenweise unter die Sätze der Taxe von 1815 herabzudrücken.
2. Im § 2 des Entwurfes No. 1 zu streichen.
3. In I No. 7 zu sagen statt Stunde — halbe Stunde.
4. No. II nicht zum Gegenstand der Begutachtung der Aerztekammern zu machen.

Krabler betonte, unserer Ansicht mit Recht, dass in dem Entwurf die Sätze (auch die Maximalsätze) eingehender spezialistischer Untersuchungen gegenüber den Sätzen für chirurgische und gynäkologische Hülfsleistungen sehr gering bemessen sind.

In Verbrecherkreisen grassirt augenblicklich wieder eine Krankheit, die von Zeit zu Zeit geradezu epidemisch auftritt: die Sucht, den „wilden Mann" zu spielen. Es vergeht kaum noch ein Tag, ohne dass in irgend einer Strafkammer oder Abtheilung des Schöffengerichts ein Angeklagter versucht, durch möglichst verrückte Antworten auf die an ihn gerichteten Fragen des Vorsitzenden durch die Maschen des Strafgesetzbuches hindurch zu schlüpfen. Der nachdrückliche Hinweis darauf, dass derartige Komödien auf den Gerichtshof gar keinen Eindruck machen, genügt gewöhnlich, um die „wilden Männer" wieder zur Vernunft zu bringen. Neulich versagte dieses Heilmittel vollkommen. Der III. Strafkammer wurde der Hausdiener Meyhöfer vorgeführt, welcher seiner Zeit einen Ausbruch aus dem Gefängniss verübt hatte und sich nun wegen Meuterei verantworten sollte. Der Angeklagte betrat lachend und lärmend den Gerichtsaal und amüsirte sich damit, dass er immer wieder mit Stentorstimme in den Saal rief: „Kellner, bringen Sie mir ein Seidel Bier!" Alle Versuche, ihn zur Ruhe zu bringen, misslangen; der Angeklagte wurde immer lebendiger, fiel einem Leidensgenossen auf der Anklagebank um den Hals und rief ihm fröhlich zu: „Bruderherz, wir wollen uns Brüderschaft trinken!" Dann wandte er sich an den Gerichtsdiener und herrschte ihn an: „Portier, ein Glas Bier!" Es blieb dem Gerichtshofe nichts übrig, als den Angeklagten in das Untersuchungs-Gefängniss zurückzuschicken und dem Anstaltsarzt das Weitere zu überlassen. Der Staatsanwalt hob hervor, dass derartige Fälle jetzt an der Tagesordnung sind.

Berichtigung.

Die in No. 8 dieses Jahrganges der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung", und zwar in dem „Gegentheilige Gutachten" überschriebenen Artikel, aufgestellte Behauptung, dass die ebendaselbst besprochene Angelegenheit damals noch nicht „endgültig res judicata" gewesen sei, ist unwahr.

Das freisprechende Urtheil in dem dort erwähnten Strafverfahren gegen einen Kollegen ist am 7. Januar 1895 rechtskräftig geworden, also 8 Tage vor Veröffentlichung des „Offenen Briefes, des einen Obducenten; 5 Wochen vor Erscheinen der ersten Zeile, die ich in dieser Sache publizirt habe; und mehr als ein Vierteljahr vor Ausgabe der No. 8 der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung".

Berlin, den 20. Mai 1895. Prof. Dr. R. Kossmann.

Obige Berichtigung hat der Unterzeichner derselben unter Berufung auf § 11 des Pressgesetzes der Redaktion übersandt, nachdem er bereits vorher wegen derselben Angelegenheit mit uns in Verbindung getreten war. Leider geschah dies in einer Form, welche zu keiner friedlichen Verständigung führen konnte.

Wir verzichten darauf, uns mit dem Herrn Einsender vor Gericht auseinanderzusetzen und drucken die Berichtigung ab, obgleich wir uns nach § 11 des Pressgesetzes nicht für verpflichtet dazu halten, weil dieselbe verletzend in der Form ist und auch nach unseren neuesten Informationen den Thatsachen nicht völlig entspricht.

Den Angriffen in dem von ihm geleiteten literarischen Unternehmen des Aerztlichen Waarenhauses, welche er uns gleich in seinem ersten Briefe androhte, sehen wir mit Ruhe entgegen. Becker. Leppmann.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann

Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 12.** **Ausgegeben am 15. Juni.**

Forensische Gonorrhoe-Fragen.

Von

Prof. **A. Neisser**-Breslau.

Der Gehilfe G. F. war wegen Körperverletzung angeklagt worden, weil er ein junges Mädchen aus einer ihm bekannten Familie, die er mehrfach zum Beischlaf verführte, mit Tripper angesteckt habe. Der Angeklagte hatte sich von der Familie später zurückgezogen und einen Brief an den Vater gerichtet, in welchem er Drohungen: „er werde schon dafür sorgen, den Ruf seiner Tochter allseitig bekannt zu machen“ u. s. w. aussprach, sodass sich auf Anzeige des Vaters die Staatsanwaltschaft zu einer Klage gegen den Gehilfen veranlasst sah.

Die Klage stützte sich auf das Gutachten des Hausarztes, welcher nach klinischen, im November 1893 erhobenen Befunden das Gutachten abgab, dass das junge Mädchen an Gonorrhoe leide.

Der Vertheidiger des Angeklagten bestritt die Beweiskraft dieses Gutachtens, indem er, den Mangel einer mikroskopischen Untersuchung urgirend, die Diagnose des Hausarztes anzweifelte, um so mehr als der Patient selbst mit Sicherheit behauptete, in der Zeit seines Verkehrs mit dem Mädchen vollkommen gesund gewesen zu sein, obgleich er zugab, in früheren Jahren an Gonorrhoe gelitten zu haben.

Ich wurde demgemäss von der Königl. Staatsanwaltschaft zu einem Gutachten in dieser Angelegenheit aufgefordert und zwar waren es vier Punkte, über welche ich mich äussern sollte:

1. Lässt sich das Vorhandensein von Tripper mit Sicherheit nur durch die mikroskopische Untersuchung feststellen?

2. Zu welchem Zeitpunkte nach der Infektion tritt bei weiblichen Erkrankten der Tripper hervor, und wann spätestens nimmt er solchen Umfang an, dass er der damit behafteten Person ihren krankhaften Zustand zum Bewusstsein bringt?

3. War die Erkrankung der Zeugin C. M. im November 1893 und den folgenden Monaten nur durch Infektion erzeugter Tripper?

4. War der Angeklagte G. F., sofern sein gegenwärtiger Gesundheitszustand eine solche Feststellung noch gestattet, im August 1893 an Tripper erkrankt?

Das von mir darauf erstattete Gutachten lautete nun folgendermassen:

ad I.

Lässt sich das Vorhandensein von Tripper mit Sicherheit nur durch mikroskopische Untersuchung feststellen?

Wenn auch in jedem Falle der mikroskopische Nachweis von Gonococcen die Sicherheit der Diagnose erhöht, in vielen ihrer unscheinbaren Symptome halber klinisch unklaren Fällen, wozu die sogenannten „chronischen Tripper“ gehören, unumgänglich nothwendig ist, so besteht doch kein Zweifel darüber, dass ein sachverständiger Arzt in akuteren Fällen im Stande ist, durch die klinischen Symptome allein die Diagnose Tripper zu stellen.

Wenn im vorliegenden Falle Herr Dr. X. auf Grund der klinischen Symptome, die er bei der Untersuchten beobachtet hat, mit aller Sicherheit unter seinem Eide aussagen zu können glaubt, dass das Krankheitsbild ein solches war, wie es beim Tripper der Frau die Diagnose mit Sicherheit ermöglicht, so ist man nicht berechtigt, nur wegen des Fehlens einer mikroskopischen Untersuchung an dieser Diagnose zu zweifeln.

Thatsächlich wurde auch bis vor ganz wenig Jahren, ja wird selbst noch jetzt die Tripperdiagnose von fast allen Aerzten, ja sogar von vielen namhaften Klinikern, nicht durch die mikroskopische Untersuchung erhärtet, weil sie der Ueberzeugung sind, dass auch ohne mikroskopische Untersuchung, speziell in akuteren Fällen, die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden kann, und auch ich, der ich auf das energischste die regelmässige Gonococcenuntersuchung für alle fraglichen Tripperfälle einzuführen mich bemühe, muss zugeben, dass dieselbe in sehr vielen Fällen thatsächlich deshalb überflüssig erscheint, weil sie nichts Weiteres als eine willkommene Bestätigung der vorher klinisch gestellten Diagnose ergiebt.

Ich habe mich verpflichtet gehalten, in meinem Gutachten in dem vorstehenden Sinne über die Nothwendigkeit der Gonococcenuntersuchung einerseits und die Sicherheit einer Diagnose ohne Gonococcenuntersuchung andererseits zu äussern, weil der mir bekannte Kollege, den ich als einen ausgezeichneten Arzt kenne, mit aller Bestimmtheit aussagte, dass an der Diagnose akute Gonorrhoe kein Zweifel herrschen könne, während ich selbst — conf. Absatz III — absolut nicht in der Lage war, mir aus eigener Untersuchung ein Urtheil darüber zu bilden.

Ich gestehe aber ehrlich ein, dass diese Ueberzeugung nur auf meinem persönlichen Vertrauen zu den ärztlichen Kennt-

nissen des betreffenden Kollegen beruhte, und dass ich den Richter, der, ohne diese subjektive Meinung zu theilen, dem Zweifel des Vertheidigers, ob wirklich eine Gonorrhoe vorgelegen, sich anschliesst, vollkommen verstehen würde. Auch würde ich selbst es nicht wagen, weder vom Standpunkt meiner wissenschaftlichen Ueberzeugung, noch vom Standpunkt des eidlich vernommenen Sachverständigen aus ohne mikroskopische Untersuchung des Sekretes auszusagen: „Diese eiterige Sekretion ist eine gonorrhoische“.

Bei Männern wie bei Frauen finden sich bekanntlich Fälle von eiterigen, oft recht starken Ausflüssen, die nicht nur nichtgonorrhoisch sind, sondern überhaupt nicht durch eine bakterielle Infektion zu Stande kommen. Freilich sind nichtgonorrhoische Infektionen überaus selten, und rein irritative, nicht infektiöse Eiterungen findet man meist nur bei Menschen, die schon früher an Gonorrhoe gelitten haben, oder die im direkten Anschluss an eine Gonorrhoe noch eine chronische Urethritis aufweisen. Für die Entscheidung im einzelnen Fall aber helfen diese der Vorgeschichte entnommenen Daten garnichts. Im Gegentheil: je mehr Möglichkeiten für eine eiterige Urethritis vorliegen, um so nothwendiger ist es, die wichtigste, die gonorrhoische, Infektion mit Sicherheit nachzuweisen oder auszuschliessen.

Ich kann nicht umhin, noch einmal einen Fall anzuführen, den ich schon früher in einem kleinen Aufsatze: „Welchen Werth hat die mikroskopische Genococcenuntersuchung?“ (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1893, No. 29/30) erzählt habe, einen Fall, welcher auf das Schlagendste beweist, von welch' ungeheurer Wichtigkeit, auch für die Entscheidung sozialer Verhältnisse, unter Umständen die sichere Entscheidung, ob gonorrhoische Infektion vorliege oder nicht, werden kann:

Patient (Offizier; Majoratsherr) konsultirte mich zum ersten Mal im August 1888. Elf Monate vorher hatte er eine akut verlaufende Gonorrhoe gehabt, die eine linksseitige Nebenhoden-Entzündung zur Folge hatte. Bei einer früheren Gonorrhoe sollte rechtsseitig eine Nebenhoden-Entzündung aufgetreten sein, doch waren zur Zeit auffällige Veränderungen nicht vorhanden. Die sehr oft wiederholte Untersuchung ergab damals (August 1888) keine Spur einer Sekretion, keine Flocken. Es fehlten alle subjektiven Beschwerden.

Im Februar 1890 kam Patient, der seit 1½ Jahren verheirathet war, wieder. Er selbst wie seine Frau fühlten sich absolut wohl, die Frau war auch gynäkologisch untersucht und gesund befunden worden, doch wollte er sich informiren, ob seine früheren Krankheiten an der bisherigen Sterilität der Ehe schuld seien. Genaueres Nachforschen ergab eine vollständig erhaltene Potentia coeundi; er berichtet, dass seine Frau, die sehr erregbar sei, den Coitus sehr häufig verlange, den er auch fast täglich ausgeführt habe.

Die Untersuchung liess neben leichter Varicocele die schon früher gefundenen Knoten und Verdickungen am Nebenhoden feststellen. Im Sperma fehlten die Spermatozoen vollständig. Ich habe von da ab den Patienten häufig gesehen; alle denkbaren Versuche, die narbigen Veränderungen in dem Nebenhoden zu beseitigen, wurden gemacht, aber immer ohne Resultat.

Im Juni 1891 kam Patient ganz verzweifelt wieder mit den Worten, seine Frau, die auf 14 Tagen verreist gewesen und ihrer libido wahrscheinlich nicht habe widerstehen können, müsse auswärts infizirt worden sein. Er habe nach ihrer Rückkehr mehrmals hintereinander den Beischlaf ausgeführt, und habe nun einen ganz frischen Tripper. Er wäre sich vollständig klar, dass eine sofortige Trennung der Ehe stattfinden müsse. Die Untersuchung ergab in der That profusen, eiterigen Ausfluss, der zwei Tage nach dem Coitus aufgetreten war, und da Patient auf Ehrenwort jeglichen ausserehelichen Verkehr bestritt, so war ich eigentlich davon überzeugt, dass die Vermuthung des Patienten, er habe eine Gonorrhoe von seiner Frau acquirirt, richtig sei. Einen Zusammenhang mit der (wie ich durch fortwährende Beobachtung wusste), um drei Jahre lang verschwundenen Urethritis hielt ich für ausgeschlossen.

Zur Sicherheit nun, um als Sachverständiger bei dem bevorstehenden Scheidungsprozess das nothwendige Beweismaterial bei der Hand zu haben, machte ich mikroskopische Präparate. Die Untersuchung aber ergab zwar massenhaft Eiterkörperchen neben wenig Epithelien, aber absolut keine Gonococcen, ja überhaupt gar keine Bakterien. Diese Untersuchung wurde von da ab acht Wochen lang, fast täglich fortgesetzt, das sehr bald spärlich werdende Sekret immer von Neuem untersucht, aber regelmässig mit demselben Resultat, bis etwa im August überhaupt jede mikroskopische Untersuchung wegen Mangels an Flocken unmöglich wurde.

Es hat ausser mir noch ein befreundeter Kollege, der den Patienten sonst behandelte, den Ausfluss gesehen. Derselbe war ebenso wie ich überzeugt, dass es sich um einen typischen und zweifellosen Tripper handeln müsse. Die Diagnose wurde aber durch die mikroskopische Untersuchung berichtigt, und zwar sofort, was im Interesse des psychischen Zustandes des Patienten wirklich nothwendig war. Man kann aber sagen, ohne die mikroskopische Untersuchung wäre die Diagnose Gonorrhoe überhaupt nicht auszuschliessen gewesen. Der Verlauf war ein verhältnissmässig langsamer, und die leichten Cystitis-Erscheinungen, die sich hinzugesellten, hätten zweifellos die Diagnose Gonorrhoe eher bestätigt.

Welche Ursachen die akute Eiterung in diesem Falle eigentlich gehabt hat, vermag ich nicht zu sagen, da ich auch andere Bakterien nicht gefunden habe, aber eine Gonorrhoe oder eine andere Infektion des Mannes durch die Frau lag jedenfalls nicht vor.

In dem heute vorliegenden Falle war der Verdacht, dass es sich um ein Irritationsstadium einer älteren chronischen Gonorrhoe handeln könne, von vorn herein ausgeschlossen, da es sich um ein bis dahin vollkommen gesundes junges Mädchen aus guter Familie handelte.

Zweifelhaft könnte es aber sein, ob nicht unter Umständen durch heftige Masturbation Urethritis-Erscheinungen hätten zu Stande kommen können. Ich für meinen Theil muss also erklären, dass ich in keinem Falle darauf verzichten würde, durch die mikroskopische Untersuchung meine Ueberzeugung, dass es sich um Gonorrhoe handeln könne, bis zur vollkommenen Sicherheit zu beweisen, und halte eine Unterlassung derselben für um so bedauerlicher, wenn es sich um einen forensischen Fall handelt. Denn der absolut objektive Beweis, dass es sich um Gonorrhoe handelt, kann eben nur durch die Herstellung eines mikroskopischen Präparates, welches man aufheben und jederzeit demonstriren kann, erbracht werden. Auch in diesem Falle hätte der vom Vertheidiger gestellte Einwand keinerlei Schwierigkeit gemacht, wenn der Hausarzt sein Gutachten von vorn herein auf eine mikroskopische Untersuchung gestützt hätte.

Die Frage, wie weit wieder die mikroskopische Untersuchung eine absolute Sicherheit für die Gonorrhoe-Diagnose gewährt, will ich hier nicht näher erörtern. Natürlich wird auch hier die Fähigkeit und Uebung des Untersuchers nicht gleichgiltig sein. Aber das mikroskopische Präparat ist ein bleibendes Objekt, das die Krankheitserscheinungen überdauernd, für alle Zeiten der Prüfung unterzogen und jederzeit beliebig vielen Untersuchern zur Beurtheilung unterbreitet werden kann. Ich selbst habe mich an anderer Stelle über die Bedeutung der Gonococcen-Untersuchung für Diagnose und Therapie (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft I. Kongress-Leipzig, pag. 35, Verlag von W. Braumüller, Wien 1889) ausgesprochen, und auch von Anderen wurde diese Frage vielfach erörtert. Sie ist, wie ich wohl sagen darf, eindeutig entschieden worden dahin, dass die mikroskopische Gonococcen-Diagnose bei positiven Befunden wenigstens als eine gesicherte Errungenschaft für die Gonorrhoe-Diagnose anzusehen sei.

ad II.

Zu welchem Zeitpunkt nach der Infektion tritt bei weiblichen Erkrankten der Tripper hervor und wann spätestens nimmt er solchen Umfang an, dass er der damit behafteten Person ihren krankhaften Zustand zum Bewusstsein bringt?

Bemerke ich, dass ein bestimmter Termin, an welchem eine mit Tripper infizirte weibliche Person das Bewusstsein von ihrem krankhaften Zustande bekommen müsse, absolut nicht angegeben werden kann. Der Tripper kann sogar vollständig ablaufen, ohne je subjektive Erscheinungen zu machen.

Die Differenzen des Krankheitsverlaufes und der Symptome kommen zu Stande, einmal durch die grundverschiedene Art der Infektion, je nachdem ob zuerst die Harnröhre inflzirt ist oder der Gebärmutterkanal. Ist letzteres der Fall, so fehlen Symptome gewöhnlich Wochen und Monate lang total; ihr Auftreten hängt von der Art und Weise der Weiterverbreitung des Prozesses ab.

Aber selbst wenn die Harnröhre zuerst und unmittelbar beim Coitus inflzirt wird, sind die Symptome ungemein wechselnd. In vielen Fällen treten nach wenigen Tagen hochgradigste Beschwerden ein: Brennen, besonders beim Wasserlassen, Schmerzhaftigkeit im Scheideneingange und an der Harnröhrenöffnung u. s. w. In vielen Fällen bestehen diese Symptome in geringerem Masse und werden dann von eben deflorirten Personen auf die Verletzungen beim Coitus bezogen und demgemäss nicht weiter beobachtet. In vielen Fällen endlich sind die Symptome so gering, dass sie thatsächlich die Aufmerksamkeit der Erkrankten gar nicht erregen.

Selbst beim Manne, bei dem die Verhältnisse für die Beobachtung sehr viel günstiger liegen und bei dem auch ein geringfügiger Ausfluss aus natürlichen Gründen viel weniger leicht unbemerkt bleibt als bei der Frau, kommt es vor, dass Patienten auch beim ersten Tripper so gut wie gar nichts merken.

Ich bemerke dazu, dass die Anschauung: ein ganz unscheinbarer Tripper bei der Frau komme besonders dann zu Stande, wenn auch der Tripper des Mannes sich bereits in einem chronisch schleichenden Zustande befindet, von sehr vielen Klinikern vertreten wird; eine Anschauung, die auf den vorliegenden Fall gewiss passen würde.

Nur zu dem letzten Passus will ich noch eine Bemerkung machen. Ich habe geglaubt, als objektiver Gutachter die Anschauung, dass schleichende und unscheinbare Gonorrhoeen der Frauen auch sehr oft von chronischen Gonorrhoeen der Männer herrühren, dass also gleichsam eine Abschwächung der Gonococcen-Virulenz bei chronischem Tripper des Mannes anzunehmen sei, nicht verschweigen zu dürfen; ich selbst theile aber diese Anschauung absolut nicht.

Thatsächlich ist es erwiesen, dass chronische Gonorrhoeen, unscheinbare Spuren eines geradezu geheilt erscheinenden Trippers, sehr häufig frisch akute Infektionen hervorrufen. Ja, man kann wohl annehmen, dass die bei Weitem grösste Anzahl aller Infektionen von solchen chronischen, durchaus nicht mehr floriden Gonorrhoeen herrührt. Denn es sind doch wohl verhältnissmässig wenig Personen, namentlich unter den Männern, die mit noch frischer, deutlich sichtbarer Gonorrhoe einen Coitus ausführen, und wenn wir speziell die bei der Verheirathung und in der Ehe zu Stande kommenden Infektionen der Frauen berücksichtigen, werden wir wohl zugeben müssen, dass es sich in der überaus grossen Majorität der Infektionsquellen um solche unscheinbar gewordene, vom Kranken wie (oft) vom Arzt für absolut harmlos erklärte oder um scheinbar ganz geheilte Fälle handelt. Weshalb die dadurch entstehenden akuten Gonorrhoeen der Frauen nicht immer zur ärztlichen Kenntniss kommen, habe ich oben in wenigen Worten berührt und bedarf wohl keiner längeren Ausführung. Umgekehrt wissen wir ja, dass akute männliche Gonorrhoeen sehr oft von Frauen herstammen, die bei makroskopischer Untersuchung geradezu als „gesund“ bezeichnet werden, bei denen ja selbst die mikroskopische Untersuchung der Urethral- und Cervicalsekrete oft resultatlos bleibt, weil die Gonococcen in zu spärlicher Anzahl vorhanden sind, um bei einer oder wenigen Untersuchungen aufgefunden werden zu können. Andererseits glückt es freilich auch sehr oft durch die mikroskopische Untersuchung, also den Gonococcennachweis, die nöthige Klarheit zu schaffen.

ad III.

War die Erkrankung der Zeugin C. M. im November 1893 und den folgenden Monaten nur durch Infektion erzeugter Tripper?

Ich selbst bin absolut nicht in der Lage, ein Urtheil darüber abzugeben, ob die im November 1893 und in den folgenden Monaten konstatirte Erkrankung Tripper war oder nicht.

Was ich darüber in Erfahrung gebracht habe, spricht in keiner Richtung dagegen.

Die von mir vorgenommene Untersuchung, welche in einer mikroskopischen Prüfung der aus der Harnröhre und aus der Uterusöffnung entnommenen Schleimmassen bestand, hat positive Anhaltspunkte, d. i. den Befund von Gonococcen, nicht ergeben. Dieser negative Befund beweist aber absolut nichts gegen die Annahme, dass ein Tripper damals bestanden hat; denn einerseits können auch jetzt Gonococcen vielleicht noch vorhanden sein, aber in so minimaler Anzahl, dass sie der Untersuchung entgangen sind, andrerseits kann der Tripper jetzt vollkommen ausgeheilt sein, auch ohne dass irgend eine Behandlung stattgefunden hat.

ad IV.

War der Angeklagte, sofern sein gegenwärtiger Gesundheitszustand eine solche Feststellung gestattet, im August 1893 an Tripper erkrankt?

Bemerke ich: Die bei dem Angeklagten vorgenommene Untersuchung hat die unzweifelhaften Reste eines Trippers ergeben. Die Untersuchung wurde zweimal in sehr sorgfältiger Weise durch das Mikroskop, das dritte Mal mit Zuhilfenahme des Kulturverfahrens vorgenommen. Letzteres ist ohne Resultat geblieben, was aber nach keiner Richtung hin, weder für, noch gegen die Annahme, dass zur Zeit noch Gonococcen, also noch Tripper, in der Harnröhre vorhanden sind, zu verwerthen ist. Die Kulturmethode ist noch nicht so ausgebildet, dass das Fehlschlagen derselben die Annahme: es besteht noch Tripper, widerlegen könnte.

Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dass noch Entzündungsprozesse in der Harnröhre vorhanden sind. Ausserdem sind Bakterien in derselben gefunden worden, welche ich mit allergrösster Wahrscheinlichkeit für Gonococcen halte; sie entsprechen denselben in Form und Grösse und zeigen auch färberisch die Reaktionen, die für Gonococcen charakteristisch sind. Die sonst für Gonococcen charakteristische Lagerung in Zellen fehlt, was aber bei chronischen, gonorrhoischen Harnröhrenerkrankungen nichts Seltenes ist.

Die Diagnose, dass noch jetzt Gonorrhoe, d. h. ein ansteckender Tripper, besteht, kann ich nicht als unzweifelhaft hinstellen. Der Befund ist aber derartig, dass ich keinem Manne, der einen derartigen Prozess in der Harnröhre hätte, rathen dürfte, zu heirathen. Für wahrscheinlich halte ich, dass das noch bestehende Harnröhrenleiden infektiöser Natur ist.

Unter solchen Umständen muss ich annehmen, dass im August 1893 das jetzige Leiden schon bestanden hat, vielleicht sogar in stärkerem Grade als jetzt. Wenn der Untersuchte angegeben hätte, dass er sich erst nachträglich angesteckt hat, so würde diese meine Annahme unberechtigt sein; da er aber mit Bestimmtheit behauptet, seit 1889 keine neue Ansteckung an Tripper erlitten zu haben, so muss auch im August 1893 der gegenwärtige Zustand schon bestanden haben, woraus aber durchaus nicht gefolgert werden darf, dass er damals Kenntniss und Bewusstsein seines Leidens gehabt haben muss. —

Selbst wenn die Angabe des Untersuchten, dass seit 1889 keine neue Tripperansteckung stattgefunden hat, richtig ist, so entspricht die Annahme, dass auch jetzt noch, respektive im August 1893, die Reste eines so lange zurückliegenden Leidens vorhanden und noch infektiös sind, durchaus unseren Anschauungen.

Für das Zustandekommen einer Ansteckung würde es im vorliegenden Falle gleichgültig sein, ob, wie der Kranke behauptet, eine Einführung des männlichen Gliedes in die Scheide nicht stattgefunden hat. Von Bedeutung wäre es höchstens, zu erfahren, ob ein Samenerguss erfolgt ist; denn, wenn der Zustand im August 1893 nicht hochgradiger war als jetzt, würde ohne Samenerguss die Möglichkeit einer Infektion schwerer verständlich sein. Absolut ausgeschlossen wäre sie auch dann nicht.

Hierzu habe ich zu bemerken: „Der Widerspruch zwischen dem absolut negativen Resultat der mittels Kulturverfahren angestellten Untersuchung und meiner Angabe, dass ich mikroskopisch doch mit grösster Wahrscheinlichkeit die Anwesenheit von Gonococcen annehme“, ist nur ein scheinbarer.

Das nach Wertheim'scher Methode — Vermischung des Agar-Agar mit menschlichem Blutserum — geübte Kulturververfahren ist zweifellos von ausgezeichnetem Werthe, um Gonococcenkulturen aus Eiter mit reichlichen Gonococcenherden darzustellen; es gelingt auch häufig auf diesem Wege, aus Eitermassen, die sonst keine oder nur sehr spärlich Bakterien enthalten, Gonococcen nachzuweisen, während sie mikroskopisch, ihrer Spärlichkeit wegen, dem Auge des Beobachters entgangen sind. Aber es ist ungemein schwer, gerade bei chronischen Urethritiden, die neben Gonococcen auch eine grosse Menge verschiedener anderer Bakterien enthalten, gerade die Gonococcenherde als solche isolirt aufzufinden. Die Gonococcen wachsen in Kulturen im Grossen und Ganzen schlechter und unscheinbarer als die übrigen in der Harnröhre vorhandenen Mikroorganismen, werden durch sie überwuchert und entgehen der Beobachtung um so eher, als das mit dem menschlichen Blutserum vermischte Agar nicht so bequem das Ausgiessen in Schalen und damit die Isolirung jedes einzelnen Bakteriums gestattet, als wenn man Platten mit Gelatine giessen kann.

Um Agar-Agar behufs Ausgiessen in Platten in dünnflüssigen Zustand zu bringen, bedarf es solch hoher Temperaturen, dass die Gonococcen dadurch sicherlich getödtet werden würden. Vielleicht wird das neuerdings von Schäffer und Steinschneider*) geübte Pinselverfahren nach dieser Richtung hin bessere diagnostische Resultate ermöglichen.

Was nun das Resultat der mikroskopischen Untersuchung betrifft, so habe ich die Gonococcen-Diagnose nicht als unzweifelhaft, sondern nur als höchst wahrscheinlich hinstellen können. Es entspricht das durchaus den regelmässig in allen meinen Gonococcenarbeiten betonten Anschauungen, dass die Gonococcen-Diagnose in vielen Fällen ungeheuer schwer, bisweilen mikroskopisch überhaupt nicht mit Sicherheit gestellt werden kann. Der Praktiker, der einem derartigen Falle gegenübersteht, wird zweifellos gut thun, behufs Therapie oder sonstiger Vorsichtsmassregeln lieber den pessimistischen Standpunkt, dass Infektionsgefahr vorliegt, einzunehmen. Als Gutachter wird man selbstverständlich auch die Möglichkeit, dass ein diagnostischer Irrthum vorliegen könne, betonen müssen.

Die wesentliche Frage aber, die der Richter vom Sachverständigen beantwortet haben will, ist die, ob in einem derartigen Falle — falls überhaupt die Körperverletzung, d. h. die Gonorrhoe, erwiesen ist — der Infizirende das Bewusstsein gehabt haben müsse, dass er bei der fraglichen Cohabitation krank gewesen sei. Die Frage wird um so mehr urgirt, wenn, wie es z. B. in diesem Falle vorliegt, der Gutachter die Existenz der Krankheit und Infektiosität als sicher oder wenigstens höchstwahrscheinlich hinstellt.

Es will dem Richter gewöhnlich nicht plausibel erscheinen, dass ein Tripper, der noch ansteckungsfähig ist, dem Träger desselben unbekannt bleiben könne und doch muss dies mit aller Bestimmtheit betont werden. Denn diese Fälle sind nicht nur nicht selten, sondern es sind ihrer im Gegentheil unzählige Fälle von chronischem Harnröhrenkatarrh mit absolut fehlenden subjektiven Beschwerden und so minimaler objektiver Zeichen (Flöckchen im Urin, unbedeutendes Verklebtsein des Orifiziums u. s. w.) — dass Laien und, leider auch — unzählige Aerzte sie für durchaus harmlos erklären und unbeobachtet lassen. Und doch sind sie noch infektiös und bei geeigneter mikroskopischer Untersuchung weisen sie Gonococcen auf.

Es konnte demgemäss auch in diesem Falle meinerseits mit aller Bestimmtheit im mündlichen Verhör erklärt werden, dass irgend ein Beweis, dass der Patient sich seines Leidens bewusst gewesen sein müsste, nicht zu erbringen sei, ja dass sogar die Wahrscheinlichkeit dafür spräche, dass der Patient sich im guten Glauben befunden habe, ganz gesund gewesen zu sein.

Umgekehrt ist natürlich aus der Thatsache, dass nur ganz minimale Resterscheinungen einer Urethritis existirt haben, nicht der Schluss zu ziehen, dass eine Infektion seitens einer solchen chronischen Urethritis nicht stattgefunden haben könne. Diese Möglichkeit wird immer zugegeben werden müssen. — Solche Fragen sind mir vorgelgt worden in Fällen, in denen es sich darum handelte, aus dem Vorhandensein einer chronischen Urethritis beim Manne und einer frischen Gonorrhoe (Veloo-Vaginitis) eines kleinen Mädchens einen Anhaltspunkt zu gewinnen, ob seitens des Mannes ein Stuprum auf das kleine Mädchen ausgeübt worden sei.

Auch hier wird die mikroskopische Gonococcenuntersuchung, falls sie zeitig genug nach dem Termin des Stuprums ausgeführt wird, die Entscheidung stützen können. Wenn aber, wie es leider so häufig der Fall ist, Wochen und Monate zwischen dem fraglichen Attentat und der Untersuchung vergehen, so fällt natürlich, bei negativem Ausfall der Gonoc.-Untersuchung, auch dieses Hilfsmittel für die Entscheidung des Sachverständigen fort.

Unter allen Umständen wird, glaube ich, Jeder aus diesem kleinen Beitrage den Rath entnehmen können, stets, sobald die Gonorrhoefrage in irgend einer Weise forensisch gestreift wird, die mikroskopische Sekretuntersuchung zu Hilfe zu nehmen. Wenn dieselbe trotz sorgfältiger und sachgemässer Untersuchung negativ ausfällt, so wird sie freilich in vielen Fällen die gewünschte klare und unzweideutige Entscheidung nicht geben können; „ein negativer Befund ist kein sicherer Beweis für das Nichtvorhandensein.“ Fällt sie aber positiv aus, dann ist sie das wichtigste, oder eines der wichtigsten Hilfsmittel, um dem Sachverständigen einen bestimmten Ausspruch und dem Richter ein bestimmtes Urtheil zu ermöglichen.

*) Anm.: Schäffer und Steinschneider bedienen sich hierbei eines von Kruse zur Isolirung von Mikroorganismen angegebenen Verfahrens in folgender Weise. Gewöhnliche, sterilisirte Haarpinsel werden mit dem zu untersuchenden Sekret befeuchtet und auf Serumagarplatten (die man sich jederzeit vorräthig halten kann) aufgetupft. Man vermeidet so die zeitraubenden Vorbereitungen des Wertheim'schen Verfahrens und den störenden Einfluss zu hoher oder zu niedriger Temperaturen; ferner erhält man nur oberflächliche — also besonders charakteristische — Kolonien und hat bei der ausserordentlich grossen Zahl von Impfcentren viele Chancen, selbst beim Vorhandensein zahlreicher anderer Mikroorganismen im Sekret, die Gonococcen auf den Platten differenziren und isoliren zu können.

Die Beurtheilung der Folgen von Verletzungen an Unterschenkeln mit varikösen Venen.

Von
Sanitätsrath Dr. L. Becker-Berlin.

Bekanntlich sind variköse Erweiterungen der Venen des Unterschenkels und Fusses, die sogen. Krampfadern, in der Arbeiterbevölkerung ein sehr verbreitetes Uebel, besonders in denjenigen Berufszweigen, welche anhaltendes Stehen und angestrengtes Gehen erfordern. Es ist dies ein Leiden, welches wir in den Lehrbüchern der Chirurgie nur selten eingehend behandelt finden, hauptsächlich wohl deshalb, weil es operativen Eingriffen ein wenig dankbares Feld bietet. Um so häufiger wird aber dieses Leiden, seine Folgen und seine Kombination mit Verletzungen, Gegenstand ärztlicher Begutachtung. Wenn ein Arbeiter am Unterschenkel eine Verletzung erleidet, und wenn sich nach Verheilung der Verletzung diese sogen. Krampfadern an dem verletzten Theile bemerkbar machen, dann ist die Berufsgenossenschaft zunächst, und unzweifelhaft

in zahlreichen Fällen mit Recht, geneigt, dieses Leiden als ein schon vor dem Unfall bestandenes anzusehen und dessen Entschädigung abzulehnen. Andererseits neigt der Verletzte dazu, alle Beschwerden, welche er nunmehr an seinem verletzten Beine verspürt, auf den Unfall und dessen Folgen zu beziehen. Es ist der Streit der gegenseitigen Interessen, der hier wie so oft den gegentheiligen Anschauungen zu Grunde liegt, und nur durch den ärztlichen Sachverständigen, welcher alle in Betracht kommenden Momente des einzelnen Falles aufs Genaueste erörtert, würdigt und klarstellt, entschieden werden kann.

Zunächst lehrt uns die Erfahrung, dass es zahlreiche Menschen in allen Berufsarten giebt, welche Venen-Erweiterungen an ihren Beinen haben, ohne dass sie irgend dadurch in der Ausübung ihres Berufes behindert werden, ja, ohne dass ihnen ihr Leiden überhaupt zum Bewusstsein gekommen ist; es sind das unbedeutende Erweiterungen der Venen von geringer Stärke und geringer Ausdehnung. Aber wir beobachten es auch nicht allzu selten, dass selbst Venen-Erweiterungen von ansehnlicher Verbreitung über einen grossen Theil der Unterschenkel kaum irgend welche Beschwerden verursachen, sofern sie nur oberflächlich, nicht gerade an den Beugestellen der Gelenke sitzen und die Haut über ihnen fest und unversehrt ist. Anders ist aber das Verhältniss, wenn bei jahrelangem Bestehen des Leidens die Ausdehnung der Adern sowohl an Stärke als an Verbreitung zunimmt. In Folge der Störung des Blutkreislaufes kommt es dann bei fortgesetzter Andauer der schädigenden Einflüsse des langen Stehens zu Oedemen und Infiltrationen der anderen Gewebstheile des Unterschenkels zunächst des Unterhautzellgewebes und der Haut; oder es können die varikösen Venen im Laufe der Jahre, wie man es besonders bei schlecht genährten Individuen beobachten kann, sich derartig weiter entwickeln und an Masse zunehmen, dass sie nicht nur in der ganzen Ausdehnung des Unterschenkels bläulich durch die Haut durchschimmern, sondern auch in solcher Weise alle anderen Gewebsbestandtheile des Gliedes durchsetzen, dass sich dasselbe anfühlt wie eine kavernöse Geschwulst. Sehen wir ab von den begleitenden Eczemen und Geschwüren, die mit mehr oder weniger Ausdauer bei der Behandlung schliesslich zur Heilung gebracht werden können, so finden wir in der Regel zwei ziemlich deutlich von einander geschiedene Entartungszustände der Unterschenkel und Füsse als Ausgänge fortschreitender Entwickelung variköser Venen an diesen Theilen. Der eine Zustand ist charakterisirt durch Volumszunahme des ganzen Unterschenkels, insbesondere durch Schwellung des Unterhautzellgewebes und Verdickung der das Fussgelenk umgebenden sehnigen Theile, sowie durch diffuse Bindegewebsneubildungen mit schwieliger Beschaffenheit der Haut sowohl in den Narben alter Geschwüre als auch ohne solche. Man könnte diesen Zustand als Pseudoelephantiasis bezeichnen (König). — Dem gegenüber beobachtet man öfters einen Zustand des Unterschenkels und Fusses, welcher sich mehr charakterisirt durch das Bestehen einer Atrophie; es hat keine Anschwellung der Theile stattgefunden ausser etwa einer Verdickung des Fussgelenks; die noch unversehrten Hautstellen, insbesondere aber die älteren Geschwürsnarben, sind glatt und dünn, und man fühlt durch dieselben nicht pralles Muskel- oder festes Bindegewebe, sondern eine weiche, körnige Masse, die alle Theile mehr oder weniger durchsetzt und gebildet wird durch sogen. Venensteine in den kavernös erweiterten und theilweise verkalkten Adern; dabei sind die Knochenflächen und Kanten des Schienbeins, welche man durch die verdünnte Haut durchfühlt, meist deutlich rauh und schmerzhaft; und hier besteht meist eine nicht erhebliche aber doch bemerkbare teigige Anschwellung des Fussblattes bis zu den Zehen hin.

Es ist begreiflich, dass die Entwickelung der varikösen Venen, wie sie nach jahrelangem Bestehen zu den letztgenannten Zuständen führt, erhebliche Beschwerden verursacht. Nicht blos, dass öfters auch durch geringfügige Veranlassungen recidivirende Eczeme mit starkem Juckreiz entstehen; es stellen sich oft pseudoerysipelatöse, auch phlebitische Entzündungen ein, welche die Patienten bettlägerig machen und nachher eine Verschlimmerung des vorherigen Zustandes hinterlassen. Regelmässig aber klagen die Patienten (auch die ausserhalb der Unfall- und Invaliditätsversicherung stehenden) bei den vorgeschritteneren Stadien des Leidens über neuralgische Beschwerden und ein Gefühl von bleierner Schwere und Ermüdung in den erkrankten Theilen.

Nun findet hier bei der Beurtheilung dieser Krankheitszustände ein eigenthümliches Verhältniss statt. Die Leute richten sich in den Anfangsstadien ihres Leidens meist mit demselben ein und lassen sich in ihrem Beruf dadurch wenig behindern. Wenn aber Eczeme, Geschwüre, pseudoerysipelatöse und phlebitische Entzündungen hinzukommen, dann suchen sie die Krankenhäuser auf, und in diesen werden sie durch entsprechende Behandlung, Hochlagerung des kranken Theiles und gute Verpflegung in der Regel so weit gebessert, dass es gar nicht verwunderlich ist, wenn der Anstaltsarzt, der sie am Tage vor der Entlassung aus dem Krankenhause sieht, sein Gutachten dahin abgiebt, dass der betreffende Mann geheilt und arbeitsfähig ist. Es wird nur dabei gar zu leicht der Umstand vergessen, dass die günstigen Verhältnisse des Krankenhauses eben nicht auch in dem Privatleben des Patienten obwalten; da kann er nicht zu Bette liegen und sich pflegen, da muss er stehen und gehen, um zu arbeiten; und mit dem Stehen und Gehen stellt sich alsbald die stärkere Füllung der varikösen Adern wieder her, und mit ihr beginnt das alte Lied der früheren Beschwerden von Neuem, denn die Palliativmittel, die er im Krankenhaus mit Erfolg angewendet, die Bindeneinwickelungen, sie erfüllen bei längerem Stehen, bei längerer Arbeit nur unvollkommen ihren Zweck.

Das Mass der Erwerbsfähigkeit bei diesen Personen hängt von dem Grade der Entwickelung des Leidens ab. Die leichteren Stadien der Krankheit, bei welchen die Gewebesbestandtheile des Unterschenkels und Fusses noch intakt geblieben sind, beeinträchtigen die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes wenig oder gar nicht. Aber jene Zustände, welche zur Degeneration aller Weichtheile oder zu chronisch-entzündlichen Prozessen am Knochen geführt haben, bedingen die gänzliche Erwerbsunfähigkeit der Patienten, denn diese Leute sind, um in einen einigermassen erträglichen Zustand zu kommen, gezwungen, den grössten Theil des Tages in horizontaler Lage zu verharren; es sind das jene Zustände, für welche viele Chirurgen die Amputation des zu einem qualvollen, schmerzhaften und unbrauchbaren Anhängsel des Körpers umgewandelten Gliedes empfehlen. — Diese Zustände spielen ihre Rolle insbesondere bei der Begutachtung von Invaliden-Rentenbewerbern.

Etwas anders liegt die Beurtheilung dieser Zustände bei Unfallverletzten, wie schon anfangs erwähnt wurde. Durch eine Unfallverletzung werden kaum jemals variköse Erweiterungen erheblichen Grades entstehen können. Vielmehr wird es sich in diesen Fällen stets um die Frage handeln, ob eine Verschlimmerung eines schon bestehenden Krankheitszustandes durch die Folgen der Verletzung stattgefunden hat, und wie diese Verschlimmerung zu bemessen ist. Da kommt es auf die Art der Verletzung an. Wunden des Unterschenkels und Kontusionen desselben, an welche sich Entzündungen der Theile mit nachfolgender Narbenschrumpfung schliessen, sind unzweifelhaft geeignet, den durch die Venenerweiterungen gesetzten Krankheitszustand zu verschlimmern. Ob diese Verschlimmerung gegebenen Falles thatsächlich ein-

getreten ist, das muss die Untersuchung ergeben, aber die Untersuchung, welche angestellt wird, nachdem der Verletzte eine gewisse Zeit wieder gegangen ist und gestanden hat, also nachdem die bei der Arbeit unvermeidlichen Schädlichkeiten wieder eingewirkt haben. — Knochenbrüche und Verstauchungen und Verrenkungen der Gelenke der unteren Extremitäten werden weniger geeignet sein, eine Verschlimmerung der besprochenen Krankheitszustände hervorzubringen. — Endlich wird das Alter des Unfallverletzten von wesentlichem Einfluss auf die Verschlimmerung des fraglichen Zustandes sein; es ist a priori ersichtlich, dass bei einem älteren Arbeiter eine Verletzung der unteren Extremitäten eher von nachtheiligem Einfluss auf die Verschlimmerung des durch sogen. Krampfadern verursachten Krankheitszustandes sein wird, als bei einem jüngeren Individuum.

Zur besseren Erläuterung dieses Verhältnisses füge ich hier einen von mir begutachteten Fall dieser Art an.

„Der Arbeiter A. Z. giebt in Uebereinstimmung mit den Akten an, dass er am 18. Mai 1892 durch Fall gegen einen eisernen Träger sich eine Verletzung des linken Unterschenkels zugezogen hat. Diese Verletzung bestand in einer quergerichteten Quetschwunde des linken Unterschenkels im oberen Drittel, wodurch eine sehr bedeutende Blutung aus den erweiterten Adern und ein enormer Bluterguss in die Weichtheile des Unterschenkels verursacht wurde, welche wieder in ihrem Heilungsverlauf brandige Abstossung grosser Hautflächen zur Folge hatten. Durch den schweren Verlauf dieser Verletzung hat sein Allgemeinbefinden und sein Kräftezustand in hohem Grade gelitten. Im Oktober 1892 waren die Wunden verheilt, und er konnte anfangen, Gehversuche zu machen. Einmal ist die Wunde noch aufgebrochen, aber bald wieder zugeheilt. Das Bein blieb ihm aber angeschwollen und er konnte seitdem nur mit Mühe gehen; er fühlt sich seitdem auch nicht mehr so kräftig und rüstig wie er vor der Verletzung war. Auch fühlt er im linken Knie und im linken Fuss noch heftige Schmerzen, die sich beim Gehen und Stehen vermehren und selbst in der Nacht sich bemerkbar machen; in Folge dessen könne er fast gar nicht auf dem Beine stehen und nur wenige Schritte mit Hülfe eines Stockes gehen. Auch das Sitzen vertrüge er nicht; denn wenn er eine Stunde gesessen, so bekäme er in seinem Beine Schmerzen, so dass er aufstehen müsste und das Bein bewegen und sich etwas niederlegen. In Folge dieser Beschwerden fühlt er sich jetzt zu jeder Arbeit unfähig.

Die heutige Untersuchung ergiebt nun bei dem über seine Jahre gealtert aussehenden Manne gebückte Haltung und einen sehr schwerfälligen Gang; er kommt zur Untersuchung mit Unterstützung seiner Frau und geht nur mühsam mit Hülfe eines Stockes. Nach dem Ausziehen der Kleider zeigt er sich am Körper wenig gut genährt, die Haut ist welk, die Muskulatur schlaff, der Brustkorb verknöchert, jedoch sonst sind an den inneren Organen der Brust und des Unterleibes keine krankhaften Erscheinungen bemerkbar. Aber alle Bewegungen des Körpers beim Ausziehen der Kleider sind so schwerfällig und langsam, dass sie ihm offenbar Mühe machen, und die Hände zittern dabei. Das linke Bein erscheint schon beim ersten Anblick vom Knie abwärts im Ganzen verdickt und geschwollen; im unteren Drittel ist diese Anschwellung wässerig (ödematös), im Uebrigen zeigt das Bein vom Knie abwärts eine bläuliche Farbe; in dieser ganzen Ausdehnung nämlich schimmern die erweiterten Blutadern (Krampfadern) durch die Haut; dieselben sind auch überall mit den tastenden Fingern durch die Haut durchzufühlen; sie dringen offenbar von der Haut bis tief in die weichen Gewebe des Gliedes ein und haben durch ihre zunehmende Entwickelung die völlige Entartung (Degeneration) der Weichtheile des Beines verursacht. Beim Befühlen ist der ganze Unterschenkel schmerzhaft, insbesondere auch die Ränder des Schienbeins. Die beiden von der Verletzung herrührenden Narben sind allerdings mit der umgebenden Haut verschiebbar, aber sie sind beim Befühlen noch schmerzhaft. Die Beweglichkeit im linken Fuss- und Kniegelenk ist stark behindert; nur mit äusserster Mühe und sichtlichem Schmerz ist Z. ohne Stock im Stande, wenige Schritte sich weiterzubewegen.

Nach diesem Befunde leidet der p. Z. zur Zeit an einem schmerzhaften Leiden des linken Beines vom Knie abwärts. Dieses Leiden besteht in einer krankhaften, übermässigen Ausdehnung der Blutadern (Krampfadern) an dem genannten Theil, und hat zu völliger Entartung (Degeneration) der Weichtheile des Gliedes geführt. Schon dieses Leiden allein ist in seinem Effekt auf die Arbeitsfähigkeit des Mannes erheblicher, als wenn ihm das Bein amputirt wäre, denn es hindert ihn an jeder Arbeit im Stehen und im Gehen und auch im Sitzen, weil in allen diesen Stellungen des Beines alsbald erhöhte Schmerzen und Anschwellungen des Gliedes eintreten, und weil er daher gezwungen ist, diese Beschwerden durch Wechsel der Lage, Ruhe und Schonung alsbald wieder auszugleichen. Ausserdem leidet der p. Z. aber zur Zeit auch an Altersschwäche und Hinfälligkeit, wie sie sich ausprägt durch die angegebenen Erscheinungen, insbesondere durch die gebückte Haltung und durch die schwerfälligen, zitternden Bewegungen der Hände.

Dass der Beinschaden des Untersuchten die Folge der am 18. Mai 1892 erlittenen Unfall-Verletzung ist, kann nicht zweifelhaft sein, denn der jetzige Zustand des Beines schliesst sich, nach den in den Akten befindlichen ärztlichen Gutachten, unmittelbar an den Krankheitsverlauf der Verletzung; diese verursachte anfangs „enormen Bluterguss" in die Weichtheile des Unterschenkels, Vereiterung derselben und brandige Abstossung von Hautstücken. An diesem Unterschenkel bestanden aber schon damals Krampfadern, auf deren weitere Entwickelung und Verschlimmerung die Entzündung des Theiles unzweifelhaft den ungünstigsten Einfluss gehabt hat. Und wenn nun auch die langdauernde Entzündung des Theils allmählich besser geworden ist, die Wunden sich geschlossen haben und inzwischen durch sorgsame Pflege und Ruhe das Bein wieder nach äusserem Anschein zeitweise einen so günstigen Zustand darboten, wie er in dem Gutachten des Herrn Dr. C. geschildert ist, so muss doch angenommen werden, dass bei jeder Ausserachtlassung dieser Pflege und Mühe, also auch bei jedem Versuch zur Arbeit, eine so hochgradige Verschlimmerung des Leidens wieder eintritt, dass sie ihn bettlägerig macht. Aber auch der beschriebene Grad der Altersschwäche und Hinfälligkeit, wie er sich durch die gebeugte Haltung und die schwerfälligen, zitternden Bewegungen der Hände manifestirt, muss als eine Folge der am 18. Mai 1892 erlittenen Unfall-Verletzung angesehen werden; denn es ist leider eine Erfahrung, die sich vielfach bestätigt, dass ältere Leute der arbeitenden Klasse, etwa vom sechszigsten Jahre an, durch eine ihnen zustossende Verletzung, insbesondere wenn sich an dieselbe ein längeres schweres Krankenlager anschliesst, und gar wie hier ein starker Blutverlust damit verbunden ist, für immer ihre Spannkraft zur Arbeit und ihre Rüstigkeit einbüssen. Und das ist auch hier der Fall gewesen; auch hier hat sich die allgemeine Hinfälligkeit in unmittelbarer Folge an den Krankheitsverlauf der erlittenen Verletzung angeschlossen.

Danach musste ich nunmehr mein Gutachten dahin abgeben, dass nach dem von mir erhobenen Befunde, wie er oben angegeben ist, und nach dem Krankheitsverlauf, wie er aus den Akten ersichtlich ist, als Folgen der am 18. Mai 1892 erlittenen Unfall-Verletzung zur Zeit noch bestehen: Ein schweres, auf Entartung der ganzen Weichtheile des linken Unterschenkels

durch sogenannte Krampfadern beruhendes Leiden des Untersuchten, und ausserdem sichtliche Altersschwäche und Hinfälligkeit desselben. — Beide Leiden machen den p. Z. völlig arbeits- und erwerbsunfähig; denn da er, wie oben ausgeführt, andauernd weder gehen noch stehen noch sitzen kann, so kann er keinerlei Arbeit leisten, wodurch er noch etwas verdienen könnte. Ausserdem würde auch das Zittern seiner Hände einer jeden solchen Beschäftigung entgegenstehen.

Nach der Natur der gedachten Leiden und deren vorgeschrittenem Stadium und bei dem Alter des Untersuchten war eine wesentliche Besserung nicht mehr zu erwarten; vielmehr musste der Zustand als dauernd erachtet werden."

Referate.

Traumatischer Blödsinn in Folge einer Kopfverletzung. Partielle oder totale Erwerbsunfähigkeit.

Von Kreisphysikus Dr. Dietrich-Liebenwerda.
Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Der vom Verf. berichtete Fall ist besonders bemerkenswerth wegen der in Frage stehenden Beziehung von Geisteskrankheit zur Erwerbsunfähigkeit. Ein mit angeborener Anlage zu Geisteskrankheit behafteter Rangirer L. erkrankte in Folge eines Unfalles an Blödsinn. Der Arzt der Irrenanstalt zu H., welcher er überwiesen war, begutachtete bei seiner Entlassung aus der Anstalt, „dass der körperliche Zustand des L. sich zwar so erheblich gebessert hat, dass seine Arbeitsfähigkeit nur noch in geringem Masse beschränkt erscheint, dass er aber geistig so schwach sei, dass er voraussichtlich dauernd nicht im Stande sein wird, seine eigenen Angelegenheiten vertreten zu können; ferner, dass seine Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Ermessen 75 Prozent der normalen betrage". Darauf billigte die Eisenbahn-Direktion dem Unfallverletzten eine Rente von 25 Prozent der Vollrente zu. Gegen diesen Entscheid legte der Pfleger des Verletzten Berufung beim Schiedsgericht ein, und dieses erforderte von der Irrenanstalt zu H. die nähere Begründung des Gutachtens über den Grad der Erwerbsfähigkeit-Verminderung des L. Darauf erklärte die erwähnte Irrenklinik, dass es sich bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit des L. nur um die körperliche Arbeitsfähigkeit handeln konnte. Diese war auf Grund der klinischen Beobachtung, während welcher L. entsprechend beschäftigt wurde, auf drei Viertel der normalen Arbeitsfähigkeit zu schätzen, wobei jedoch das Vorhandensein einer verständigen Leitung bezw. Beaufsichtigung die selbstverständliche Voraussetzung sein musste. Nunmehr ersuchte der Schiedsgerichts-Vorsitzende den Verf. um ein Gutachten über den Grad der in Folge des Unfalles bei dem p. L. zurückgebliebenen Erwerbsbeschränkung mit dem Hinzufügen, es komme hierbei wesentlich in Betracht, in welchem Masse die Erwerbsfähigkeit des L. auch mit Rücksicht auf seinen geistigen Zustand vermindert sei. Verf. kam in Bezug auf die klinische Diagnose im Wesentlichen zu demselben Resultat, wie der Arzt der Irrenanstalt; er führte aber weiter in seinem Gutachten aus, dass die Beurtheilung der körperlichen Arbeitsfähigkeit ohne Berücksichtigung des Geisteszustandes überhaupt ohne Belang sei. Bei der Beurtheilung des Grades der Arbeitsfähigkeit eines Unfall-Invaliden müsse die frühere Gesammtleistungsfähigkeit mit der gebliebenen verglichen werden. Die Gesammterwerbsfähigkeit des L. sei gleich Null, weil die gebliebene körperliche Arbeitsfähigkeit durch die hochgradige Schwächung des Geistes überhaupt verhindert wird, in zweckmässiger Weise in die Erscheinung zu treten. Wenn die Eisenbahnbehörde dem L. nur die Einbusse an „rein körperlicher Erwerbsfähigkeit", d. h. an Muskelkraft, — welche nach Ansicht der H.'er Irrenklinik eine verständige Leitung voraussetzt, 25 Prozent beträgt, — entschädigen will, so muss sie auch Sorge tragen, dass stets eine verständige Leitung und Beaufsichtigung des L. vorhanden ist. Aber selbst, wenn diese Leitung geboten werden könnte, so sei jetzt L. geistig, namentlich in seiner Willenskraft derart geschwächt, dass er nicht im Stande ist, die gebliebene Körperkraft zur Arbeit zu verwerthen.

Das Schiedsgericht nahm nach obigem Gutachten die völlige Erwerbsunfähigkeit des L. als feststehend an. B.

Zwei Fälle traumatisch entstandener Bauchbrüche.

Von Dr. C. Thiem-Cottbus.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1895, No. 2.)

Kaufmann-Zürich hat auf der Naturforscher-Versammlung zu Wien 1894 angeregt, dass Beobachtungen über unzweifelhaft durch Unfall an beliebigen Stellen entstandene Eingeweidebrüche in grösserer Zahl veröffentlicht werden möchten, weil man hieraus gewisse Schlüsse auf die Möglichkeit der traumatischen Entstehung von Leistenbrüchen ziehen könne. Dem entsprechend theilt Thiem zwei solcher Fälle mit.

1. Ein 52jähriger Arbeiter rutschte bei Glatteis mit den Füssen nach vorn aus und stürzte trotz der Anstrengung, die er machte, sich zu halten, mit grosser Wucht auf den Rücken und empfand in demselben Augenblick einen heftigen Schmerz in der Magengrube. Der alsbald herbeigeholte Arzt konnte bei dem im Bett liegenden Manne in horizontaler Lage in den nächsten Tagen in der Magengegend nichts Auffallendes, namentlich keinen subkutanen Bluterguss entdecken. Erst nach mehreren Tagen wurde festgestellt, dass beim Uebergehen des Patienten aus der horizontalen Lage in sitzende Stellung eine bruchartige Hervorwölbung in der Mitte der Magengrube auftrat. Es zeigte sich, dass die beiden in der Mittellinie aneinander befestigten geraden Bauchmuskeln vom Brustbein an bis 6 Centimeter oberhalb des Nabels beim Aufrichten aus der horizontalen Lage in sitzende Stellung in einem rhomboidartigen Schlitz auseinander klafften und den Durchtritt von Eingeweidetheilen bis unter die Haut, die dabei bruchartig hervorgewölbt wurde, gestatteten.

2. Ein 28jähriger Müllerknecht hing sich an ein Lowry und liess sich von derselben, die einen Berg herabrollte, in der Weise ziehen, wie sich Kinder beim Hintenanhängen an einen auf der Strasse fahrenden Wagen von diesem am Oberkörper mit fortziehen lassen, während die Beine, etwas schräg nach hinten gestellt, mechanisch die Laufbewegungen machen. Ohne Wissen, dass inzwischen von einer ziemlich breiten Brücke, die der Wagen passiren musste, der Bretterbelag abgenommen war, so dass die Schienen nur noch auf fünf durch ziemlich grosse Lücken getrennte Querbalken ruhten, rollte er weiter, und merkte auf der Brücke plötzlich, dass er keinen Boden mehr unter den Füssen hatte. Er hielt sich krampfhaft fest, und dabei schleiften die Beine nach und schlugen beim jedesmaligen Passieren eines Querbalkens auf, wobei der Körper so überstreckt wurde, dass im Rücken eine Aushöhlung entstand. Trotz heftiger Schmerzen in den Beinen und in der Unterbauchgegend ging P. in einer Art Betäubung noch eine Viertelstunde Weges zu Fuss nach Haus, wo er sofort das Bett aufsuchte. Auch hier wurde von dem zuerst hinzugerufenen Arzt, der den Patienten mehrere Tage behandelte, kein Bauchbruch konstatirt, auch kein Bluterguss bemerkt, den möglicher Weise

ein ziemlich bedeutendes Fettpolster verdeckt hat. Erst nach Wochen, als Patient aufzustehen anfing, zeigten sich zwei mächtige Bauchbrüche, die beiderseits etwas oberhalb der Leistenbeuge beinahe die ganze Breite der vorderen Bauchwand einnahmen, und deren Entstehungsweise in diesem Falle wohl leicht erklärlich war. B.

Ueber den Ménière'schen Symptomen-Komplex.

Von Dr. L. von Frankl-Hochwart.

(Wiener mediz. Presse. 1895, No. 19 ff.)

Für das Auftreten des Ménière'schen Symptomenkomplexes, charakterisirt durch anfallsweises Ohrensausen, Schwindel und Brechreiz, konstruirt Verfasser folgendes Schema:

I. Momentane Erkrankung bei bisher intaktem Gehörorgane:
   a) Die apoplektische Form Ménière's auf der anatomischen Basis vermuthlich eines Blutergusses ins Labyrinth.
   b) Traumatische Form, bei welcher sich die obengenannte Trias dem Insulte unmittelbar anschliesst.

II. Komplizirende Erkrankung bei schon vorhandenem akuten oder chronischem Ohrenleiden.

III. Entstehung durch äussere Eingriffe, wie Ohrenausspritzung, starke Schalleinwirkung etc.

IV. Pseudo-Ménière'sche Anfälle bei Hysterie, Epilepsie oder als hemicranisches Aequivalent.

Was im besonderen die traumatische Form betrifft, so kommt es nicht selten vor, dass Leute unter dem Einflusse eines Traumes plötzlich und dauernd unter Ménière'schen Symptomen das Gehör verlieren und von da ab den Ménière'schen Komplex darbieten. Für einen durch Sturz entstandenen solchen Fall liegt eine Nekroskopie von Politzer vor (zackige Fissur des Hinterhauptbeines, welche sich durch beide Labyrinthe fortsetzte und an der inneren Trommelhöhlenwand endete). Auch durch Schlag auf den Kopf, Ohrfeigen, Stich- und Schussverletzungen, Fremdkörper, die zufällig tief ins Ohr gestossen wurden, kommt die Ménière'sche Krankheit zu Stande. Aehnlich können auch die verdichtete Luft in Taucherglocken, sowie starke Schalleindrücke wirken. (Für die sachverständige Begutachtung ist von wesentlichster Bedeutung: 1. das unmittelbare Auftreten des Symptomenkomplexes im Anschluss an das Trauma, 2. die dauernde und irreparable Störung im Gegensatz zu der meist transitorischen bei einfacher Labyrintherschütterung. Referent.) Teichmann.

Gebührenwesen.

Zeugen und Sachverständigen-Gebühren.

Der Ausschuss der Aerzte im Grossherzogthum Baden hat in einer an das Ministerium des Innern eingereichten, von diesem zur Prüfung an das Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts übergebenen Eingabe vorgetragen, dass ihm aus ärztlichen Kreisen Klagen vorgebracht worden seien, welche sich 1. auf eine ungleichmässige und unbillige Anwendung der Reichsgebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878 und 2. auf beschwerende Art der Ansetzung von gerichtlichen Terminen beziehen. In Beziehung zu 1. geht der Wunsch der Aerzte dahin, es möge allgemein den Aerzten bei Einvernahme als Zeugen oder sachverständige Zeugen (§ 379 C.-P.-O. und § 85 St.-P.-O.) neben der Reiseentschädigung (§ 7 R.-Geb.-O.) die Entschädigungen nach § 2 und 8 der Reichsgebührenordnung in Berücksichtigung ihrer persönlichen Erwerbsverhältnisse im höchst zulässigen Betrage (eine Mark pro Stunde) gewährt werden. Nach dem Schreiben der Ministerien der Justiz, des Kultus und Unterrichtes an die Gerichte vom 31. Januar 1895 erscheint dieser Wunsch im Hinblick auf die soziale Stellung und den Erwerb der Aerzte gerechtfertigt und ist wohl anzunehmen, dass bei Festsetzung der Gebühren in der Mehrzahl der Fälle diesem Wunsche entsprechend bisher schon verfahren worden ist. Das Grossherzogliche Ministerium nimmt Anlass, den Gerichten zu empfehlen, hiernach allgemein zu verfahren. Zur Fernhaltung von Missverständnissen wird in dem erwähnten Schreiben darauf aufmerksam gemacht, dass die Bestimmungen im § 3 der Reichsgebührenordnung, welche für Sachverständige Platz greifen, auf die sogenannten sachverständigen Zeugen nicht anwendbar sind, so lange sie nur ein Zeugniss ablegen und demgemäss den Zeugeneid zu leisten haben, ferner ist hinsichtlich der Bemessung der nach § 8 der Reichsgebührenordnung für den durch Abwesenheit vom Aufenthaltsorte verursachten Aufwand zu gewährenden Entschädigung zu beachten, dass nach einer Entscheidung des Reichsgerichts vom 23. November 1887 der Höchstbetrag von fünf Mark für jeden Tag nur dann zu gewähren ist, wenn die Abwesenheit die Dauer eines zu 24 Stunden berechneten Tages erreicht hat. Für kürzere Zeit ist die Entschädigung nach den persönlichen Verhältnissen des Zeugen oder Sachverständigen entsprechend zu normiren. Was den zweiten Beschwerdepunkt, die beschwerende Ansetzung von gerichtlichen Terminen, betrifft, so macht das Grossherzogliche Ministerium die Gerichte wiederholt auf den Ministerial-Erlass vom 8. Juni 1890 No. 10160 aufmerksam, in welchem unter Hinweisung auf eine Verfügung vom 26. April 1873 No. 3610 den Gerichten dringend empfohlen wurde, bei Bestimmung von Tagfahrten und Vorladungen zu gerichtlichen Verhandlungen auf thunlichste Zeitersparniss der vorhandenen Personen Rücksicht zu nehmen, soweit es das Interesse der Rechtspflege irgend gestattet. Der Mittheilung dieser Ministerial-Verfügung wurde beigefügt, dass jedem Zeugen oder Sachverständigen, welcher sich durch die Festsetzung der ihm zukommenden Gebühren beschwert erachtet, unbenommen ist, gemäss § 17 Absatz 3 der Reichsgebührenordnung gegen die Festsetzung Beschwerde zu erheben.

(Korrespondenzblatt der ärztl. Vereine Sachsens.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod durch Brust- und Bauchfellentzündung und einer früheren Verletzung nicht erwiesen.

Der Brauer Bruno Lehmann aus Apolda war in der dortigen Vereinsbrauerei in Stellung gewesen; eines Tages war er mit einem Schlosser Unger damit beschäftigt, einen Riemen, der etwas zu lang war, kürzer zu machen. Bei dieser Arbeit befand sich Lehmann unmittelbar vor einer Transmission, an der sich eine Kuppelung befand, welche mit einem Blech bedeckt war. Letzteres ist durch unvorsichtiges Anlehnen des Lehmann aus seiner Lage verrückt worden, die Kuppelung erfasste hierauf den Lehmann, welcher durch das Eingreifen des Schlosser Unger aus seiner Lage befreit wurde. Dem Lehmann wurden hierbei die Kleider vom Leibe gerissen, auch will derselbe Druckschmerzen am Rücken erlitten haben; mit ärztlicher Zustimmung setzte er aber die Arbeit fort. Am 27. Dezember 1892 hatte sich der Unfall ereignet, während Lehmann erst am 15. Mai 1894 verstarb. Die Wittwe und Kinder des Verstorbenen beantragten sodann die Zubilligung einer Rente von der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft; letztere lehnte indessen jede Entschädigung ab. Gegen den ablehnenden Bescheid der Berufsgenossenschaft legten die Hinterbliebenen des Lehmann Berufung beim Schiedsgericht ein. Das Berufungsgericht wies jedoch die Ansprüche der Hinterbliebenen zurück und führte aus, es ist Sache Derjenigen, welche wegen eines Betriebsunfalls Entschädigung fordern, im Bestreitungsfalle den ursächlichen

Zusammenhang zwischen dem Unfalle und dem schädigenden Ereignisse nachzuweisen. Dieser Nachweis ist nach Ansicht des Schiedsgerichts nicht erbracht. Wohl haben der Bezirksarzt Dr. Röhler in Apolda und der Arzt, welcher den Lehmann zuletzt behandelt hat, nämlich Dr. med. Berghoff in Eckartsberga, nach der von ihnen vorgenommenen Sektion des Leichnams erklärt, dass der Tod zweifellos auf den Unfall vor fünf Vierteljahren zurückgeführt werden müsse, allein leider fehlt es an einer ausreichenden Begründung dieser Erklärung. Das Sektionsprotokoll lässt zwar erkennen, dass die unmittelbare Todesursache eine amyloide Degeneration der grossen lebenswichtigen Organe gewesen ist, giebt aber schlechterdings keinen Aufschluss darüber, wie diese Degeneration mit dem Unfall zusammenhängen soll; die einfache, im Sektionsprotokoll aufgestellte Behauptung, dass dem so sei, vermag diesen Nachweis nicht zu ersetzen, um so weniger, als sowohl Dr. Bandler wie auch Prof. Dr. med. Tillmann und namentlich auch der im Termin gehörte, dem Schiedsgericht als Autorität für die Beurtheilung von Fällen der vorliegenden Art bekannte Sachverständige Geheimer Medizinalrath Prof. Dr. med. Hoffmann, die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Tod unter eingehender Begründung, welcher das Schiedsgericht beizutreten hatte, zurückgewiesen haben. — Gegen diese Entscheidung legten die Kläger durch Rechtsanwalt Dr. Harmering Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und brachten von den oben genannten Obduzenten Dr. Röhler und Dr. Berghoff ein eingehend begründetes Gutachten bei. Hierin war ausgeführt, dass Lehmann vor dem Unfall gesund war und im Frühjahr 1891 auf Grund der Untersuchung von Dr. Schulze von der Lebensversicherungsgesellschaft „Kosmos" in Coburg anstandslos aufgenommen wurde. Die Sektion ergab bei Lehmann ausgedehnte Verwachsung der inneren Organe der Milz mit dem Magen, beider Lungen in den unteren Partien mit der Brustwand und dem Zwerchfell. Die Milz war vergrössert, auch fand sich eine amyloide Entartung der Nieren und der Leber. In der Bauchhöhle zeigte sich ein grosser Flüssigkeitserguss, ein geringerer in der Brusthöhle. Ein Theil des Bauchfells und des Brustfells war eiterig entzündet. Die Ernährung hatte nach und nach gelitten, auch war der Herzmuskel schlaff und welk geworden. Als letzte Todesursache wird Herzlähmung angenommen werden müssen. Tuberkulose und Syphilis sind ausgeschlossen. Die Entzündung der Häute des Bauchfells etc. muss als traumatische durch Unfall herbeigeführt betrachtet werden. Lehmanns Verletzung war augenscheinlich keine leichte; die Kleider wurden ihm vom Leibe gerissen und der Rücken blutete. Das Rad hat sich wohl in das linke Hypochondrium eingedrückt. Die Quetschung kann Brust- und Bauchfellentzündung sehr wohl erzeugt haben. Lehmann arbeitete trotz beträchtlicher Schmerzen; in den letzten 3 Wochen ging er noch 13 km weit nach Eckartsberga zu Fuss zu Dr. Berghoff und zurück an demselben Tage. Er hielt sich nicht für schwer verletzt und zwang sich zu leichter Arbeit. — Dieses den Klägern sehr günstige Gutachten wurde sodann Prof. Dr. Hoffmann zur Aeusserung übergeben. Letzterer entgegnete und führte aus: „Nach Darstellung der beiden Obduzenten muss sich an den Unfall eine Entzündung des Brust- oder Bauchfells angeschlossen haben. Von dieser Erkrankung hätte der behandelnde Arzt nichts gemerkt und mit einer solchen Erkrankung hätte der Mann noch ein Jahr gearbeitet (beides sind ganz unwahrscheinliche Annahmen), allmählich wäre die Erkrankung zur Bildung von Eiter vorgeschritten und hätte damit zum Tode geführt. Ein solcher Verlauf widerspricht Allem, was wir kennen. Noch undenkbarer ist, dass die Eiterbildung sich gleich nach dem Unfall etablirt hätte und nun der Mann damit noch ein Jahr gearbeitet haben sollte. Im Jahre 1893 kann noch alles Mögliche geschehen sein, was der Anlass zur eiterigen Bauchfellentzündung und zum Tode gewesen ist. Dies wird um so weniger erkannt werden, als alle Betheiligten in solchen Fällen immer Alles auf den Unfall zu schieben gewohnt sind. Die Obduzenten haben eine wissenschaftlich höchst unwahrscheinliche Krankengeschichte konstruirt. Die Lücke von Anfang 1893 bis Frühjahr 1894 wird ausgefüllt mit der Bemerkung: seitdem habe der Mann gekränkelt. Wenn man aber an einer solchen eiterigen Entzündung leidet, die zu amyloider Degeneration führt, so kränkelt man nicht mehr und verdient nicht ca. 20 Mark pro Woche, man ist sehr schwer krank. Der Zusammenhang des Todes mit dem Unfall des Lehmann ist zu unwahrscheinlich, als dass ich mich dafür aussprechen könnte." —

Das Reichs-Versicherungsamt gab nunmehr dem Gutachten des Prof. Dr. Hoffmann den Vorzug vor dem Gutachten der beiden Obduzenten, und wies den Rekurs der Kläger als unbegründet zurück. m.

Blutvergiftung als Betriebsunfall.
(Amtliche Nachrichten des R. V. A., 1895, No. 4.)

Ein Spitzmaurer war vom 26. April bis zum 2. Mai und vom 4. bis zum 8. Mai 1891 in einer Papierfabrik mit dem Abrichten von Mühlsteinen an einem Kollergange beschäftigt. Am 8. Mai 1891 ist er von dieser Arbeit krank nach Hause zurückgekehrt und am 13. desselben Monats mit Hinterlassung einer Wittwe und dreier Kinder unter 15 Jahren an Blutvergiftung verstorben.

Die Hinterbliebenen haben gegenüber der Papiermacher-Berufsgenossenschaft Entschädigungsansprüche erhoben, indem sie behaupteten, dass sich der Verstorbene bei den Arbeiten in der Papierfabrik Verletzungen an den Händen und an den Armen zugezogen habe, in Folge der Wunden aber Infektionserreger in den Körper Eingang gefunden und die tödtlich verlaufene Blutvergiftung verursacht hätten.

In den Vorinstanzen sind die Entschädigungsansprüche abgewiesen worden. Das Reichs-Versicherungsamt hat sie indessen nach einer umfassenden Beweisaufnahme als begründet anerkannt und die Papiermacher-Berufsgenossenschaft mittelst Entscheidung vom 12. Juni 1893 zur Entschädigung der Hinterbliebenen verurtheilt. In den Urtheilsgründen ist Folgendes ausgeführt:

Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes besteht zunächst kein Zweifel darüber, dass der Verstorbene bei Eintritt in die Behandlung desselben — am 9. Mai 1891 — an einer schweren Blutvergiftung, welche namentlich am rechten Arm und linken Bein bereits hochgradige Anschwellungen herbeigeführt hatte, gelitten, und dass diese Erkrankung am 13. Mai zum Tode geführt hat. Durch die eidliche Aussage der Ehefrau eines Gastwirths, bei welcher der Verstorbene, während er die bezeichneten Arbeiten ausführte, zur Miethe wohnte und das Abendessen nahm, ist ferner für erwiesen anzusehen, dass der Verstorbene nicht nur bei Eintritt in die Fabrikarbeit am 26. April 1891 völlig gesund gewesen ist sondern dass er dies auch noch bei Wiederaufnahme der Arbeit am Montag den 4. Mai war — den Sonntag hatte er in seinem Wohnorte zugebracht —, und dass er der Zeugin erst am Dienstag den 5. Mai zum ersten Mal über Unwohlsein geklagt und das Abendessen nicht mit dem gewohnten Appetit zu sich genommen hat. Von diesem Zeitpunkt ab verschlechterte sich sein Zustand zusehends. Am Mittwoch konnte er die Arbeit nur noch unter grossen Beschwerden fortsetzen, den Donnerstag — Himmelfahrtstag — brachte er zumeist im Bett zu und klagte über allgemeine Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Schmerzen in dem einen — zweifellos dem rechten — Arm. Am Freitag den 8. Mai musste er Mittags die Arbeit aufgeben und vor Verlassen der Arbeitsstätte wie ein kleines Kind an-

gezogen werden, da er nicht im Stande war, ein Glied zu rühren. Er kehrte dann an demselben Tage in dem eingangs geschilderten Zustande nach seinem Wohnort zurück. Nach dieser Darstellung hat die Krankheit einen reissenden Verlauf genommen. Sie lässt aber auch erkennen, dass der Verstorbene, wie dies sämmtliche Zeugen bestätigen, ein unermüdlicher Arbeiter gewesen ist, welcher trotz der schweren Anzeichen der beginnenden Krankheit seine Arbeit bis zu dem Augenblick fortsetzte, wo sie ihm körperlich unmöglich wurde. Nach den Zeugenaussagen hat er die ganze Arbeitszeit über mit Ausnahme der kurzen Mittagspausen angestrengt gearbeitet. Seine Arme hatte er hierbei entblösst. Wenn daher von mehreren Zeugen ausdrücklich bekundet ist, dass sie Verletzungen an der rechten Hand und dem Arm bei dem Verstorbenen bemerkt hätten, eine Beobachtung, die auch der behandelnde Arzt gemacht zu haben glaubt, so erscheint es dem Rekursgericht in ausreichendem Masse wahrscheinlich, dass der Verstorbene diese Wunden bei der Abrichtearbeit, bei der er fortgesetzt Meissel und Hammer gebrauchen musste und nach der Aussage eines Zeugen Steinstücke bis zur Grösse eines Drittels eines Ziegelsteins abschlug, davongetragen hat. Alsdann würde aber schon aus diesem Grunde, da jeder anderweite Anhalt zur Erklärung der so heftig verlaufenen Bluterkrankung fehlt, und daher die Annahme die meiste innere Wahrscheinlichkeit besitzt, dass die Infektionserreger durch jene Wunden in den Körper des Verstorbenen eingedrungen sind, die Entschädigungspflicht der Beklagten in Frage kommen, selbst wenn diese Infektionserreger nicht aus dem Betriebe der Papierfabrik herrühren sollten. Das Rekursgericht trägt aber schliesslich kein Bedenken, es bis zu dem überhaupt erreichbaren Grade für nachgewiesen anzusehen, dass die Arbeit selbst, bei der es galt, die Kollersteine bis zu 4 cm Tiefe abzurichten, und mit der eine starke Staubentwickelung verbunden war, die Infektionserreger in die Wunde eingeführt hat, indem der feine Sandsteinstaub arsenhaltige, giftige Stoffe enthielt, welche von den auf den Kollersteinen gemahlenen Papierabfallresten in den Stein selbst eingedrungen waren. Auch dieser Vorgang enthält, da er naturgemäss in einer bestimmten, genau umgrenzten Zeit sich abspielen musste, die Begriffsmerkmale des Betriebsunfalls.

Mit im Wesentlichen gleicher Begründung hat das Reichsversicherungsamt mittelst Rekursentscheidung vom 10. Dezember 1894 entgegen den Vorinstanzen, welche das Vorliegen einer Gewerbekrankheit annahmen, einen Betriebsunfall bei einem Ziegelarbeiter anerkannt, der sich beim Ziegelstreichen den Zeigefinger der rechten Hand gequetscht und sich durch Eindringen von Infektionserregern in die Wunde eine Blutvergiftung und in weiterer Folge eine septische Unterhautzellgewebsentzündung des verletzten Fingers zugezogen hatte, von welcher auch die übrigen Theile der Hand ergriffen wurden.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Einfluss einer anhaltenden Krankheit auf die Uebernahme eines unbesoldeten Ehrenamtes.

Der § 8 der Kreisordnung vom 13. Dezember 1872 bestimmt im Abs. 1, dass die Kreisangehörigen verpflichtet sind, unbesoldete Aemter in der Verwaltung und Vertretung des Kreises zu übernehmen. Zur Ablehnung berechtigten nach Abs. 2 Z. 1 anhaltende Krankheit, und nach Abs. 4 kann Derjenige, welcher ein unbesoldetes Amt in der Verwaltung oder Vertretung des Kreises während der vorgeschriebenen regelmässigen Amtsdauer versehen hat, die Uebernahme desselben oder eines gleichartigen für die nächsten drei Jahre ablehnen. In Bezug auf diese Bestimmungen hat das Ober-Verwaltungsgericht, II. Senat, durch Urtheil vom 15. Dezember 1894 ausgesprochen:

1. Ein Leiden verliert im Sinne des Gesetzes dadurch nicht den Charakter einer „anhaltenden Krankheit“, dass die dem Leidenden zugewiesene amtliche Thätigkeit eine Verschlimmerung des Leidens nicht zur Folge haben würde und der Leidende sich in seiner eigenen wirthschaftlichen Thätigkeit nicht schont.

2. Das Amt eines Amtsvorsteher-Stellvertreters ist nicht als ein dem Amt eines Amtsvorstehers gleichartiges Amt im Sinne des § 8 Abs. 4 zu erachten. „Dem Vorderrichter war darin beizutreten, dass die Bestimmung im § 8 Abs. 4 der Kreisordnung dem Kläger nicht, und zwar schon um deswillen nicht zur Seite steht, weil das Amt des Amtsvorsteher-Stellvertreters kein dem Amt des Amtsvorstehers „gleichartiges“ ist. Zutreffend hat der Vorderrichter aus der Entstehungsgeschichte des § 8 nachgewiesen, dass hier unter dem „gleichartigen“ Amt ein solches zu verstehen ist, welches, an und für sich betrachtet, denselben oder doch wesentlich denselben Umfang an Wirksamkeit, Leistung und Zeit erfordert, wie das bisher verwaltete. . . Dagegen war der im Abs. 2 unter No. 1 des § 8 a. a. O. vorgesehene Entschuldigungsgrund für gegeben zu erachten. In dieser Beziehung galt es zunächst, dem nicht grundlosen Angriffe des Klägers Rechnung zu tragen, dass, wenn er trotz seiner Krankheit bei der gegenwärtigen wirthschaftlichen Bedrängniss im Interesse seiner Familie seine Gesundheit miteinsetze, doch der Kreis auf anderem Gebiete ein Gleiches von ihm füglich nicht verlangen könne. Weiter aber bezeugt der Geheime Ober-Medizinal-Rath Professor Dr. G. dem Kläger, dass das bei diesem schon im Jahre 1892 vorgefundene Lungenleiden — Erkrankung der linken Lungenspitze — der angeordneten mehrmaligen klimatischen Kuren unerachtet, auch zur Zeit noch besteht, voraussichtlich noch Jahre andauern und bis zur gänzlichen Ausheilung noch öfteren Aufenthalt im Süden nöthig machen wird. Er konstatirt daneben Kehlkopfkatarrh mit Röthung der Stimmbänder und spricht die Meinung aus, dass Körperanstrengungen und Erkältungen den Zustand sehr verschlimmern würden. Wenn Dem gegenüber der Beklagte ein Anderes nicht geltend zu machen vermag, als dass „körperliche“ Anstrengungen vom Kläger nicht verlangt würden, so trifft dies überhaupt nicht den Kern. Mag immer auch mit einer Verschlimmerung des Zustandes nach Lage der Sache überall nicht gerechnet werden dürfen, so ist doch der Zustand selbst, wie er nach der Bescheinigung des Arztes besteht, ein solcher, dass in ihm eine andauernde Krankheit im Sinne des Gesetzes erblickt werden muss — dies um so mehr, wenn daneben erwogen wird, dass der Kläger sich in immerhin bedrängter Lage befindet, dass er, um seinen Pflichten als Familienvater zu genügen, seine ganze Leistungsfähigkeit einzusetzen hat, sich keine Schonung gewähren darf und grossen Strapazen sich unterziehen muss.“

Aus dem Oberlandesgericht zu München.

Verurtheilung eines Kurpfuschers wegen Betruges und unbefugter Anmassung eines ärztlichen Titels.

(Mitgetheilt vom Medizinal-Rath Dr. Rapmund.)

Dass ein Kurpfuscher auf Grund des § 263 des Strafgesetzbuches wegen Betruges gerichtsseitig verurtheilt wird, gehört im Allgemeinen zu den Seltenheiten; das nachstehende Urtheil des höchsten bayerischen Gerichtshofes, des Oberlandesgerichtes zu München, vom 26. April d. J. verdient daher umsomehr ausführlicher mitgetheilt zu werden, als in demselben gleichzeitig die Frage, ob die Bezeichnung „Spezialist für Kopfleiden“ von Seiten eines Kurpfuschers als unbefugte

Anmassung eines arztähnlichen Titels aufzufassen sei, im bejahenden Sinne entschieden wurde.

Der Friseur N. hatte verschiedene Male in der in Niederbayern weit verbreiteten Donauzeitung annoncirt, dass er jeden „nervösen Kopf- nnd Zahnschmerz", Migräne, Schwindel (eingenommenen Kopf), Ohrensausen, Magenkrampf, Verdauungsstörungen, Kreuzweh, gichtische und rheumatische Schmerzen durch Massage und einfache „Handgriffe" in kürzester Zeit beseitige. Zugleich hatte er sich als „Masseur und Spezialisten für Kopfleiden" bezeichnet und bestimmte Sprechstunden während des Vor- und Nachmittags bekannt gegeben. Auf erfolgte Anklage war er vom Schöffengericht wegen Betruges unter Annahme mildernder Umstände und wegen unbefugter Anmassung eines arztähnlichen Titels (Vergehen gegen § 147 Ziffer 3 der Gewerbeordnung) verurtheilt und dieses Erkenntniss von der Strafkammer des zuständigen Landgerichtes in der Revisionsinstanz bestätigt worden. Eine hiergegen eingelegte Revision wurde von dem obengenannten Oberlandesgericht ebenfalls als unbegründet zurückgewiesen. In dem betreffenden Urtheile heisst es:

„Die Frage, ob Jemand einen dem Titel „Arzt" ähnlichen Titel sich beigelegt habe, welcher geeignet ist, den Glauben zu erwecken, der Betreffende sei eine geprüfte Medizinalperson, ist nach den Umständen zu entscheiden. . . .

Die Bezeichnung „Spezialist für einzelne Krankheiten" kommt der Beilegung des Titels „Arzt" vollkommen gleich; das Gesetz giebt dieses deutlich zu erkennen, indem es neben der allgemeinen, die Ausübung der ganzen Heilkunde umfassenden Bezeichnung „Arzt" auch besondere, auf den Betrieb einzelner Heilzweige beschränkte Bezeichnungen, wie Augenarzt, Zahnarzt, Wundarzt u. s. w. als gleichbedeutend aufführt. Uebrigens wird allgemein auch unter einem Spezialisten in der Heilkunde eine Medizinalperson und zwar ein Arzt verstanden, der sich die ärztliche Behandlung bestimmter, besondererer (spezieller) Leiden zum Berufe gewählt hat. Das Berufungsgericht hat demnach ohne Rechtsirrthum angenommen, dass der Titel „Spezialist für Kopfleiden", welchen sich der Angeklagte in seinen Annoncen beigelegt hat, ein dem Titel „Arzt" ähnlicher Titel sei. Nachdem im Uebrigen das Berufungsgericht noch weiter festgestellt hat, dass der vom Angeklagten sich beigelegte Titel den Glauben erwecken konnte, dass der Angeklagte ein Arzt sei, dessen spezielles Feld der Berufsausübung eben die Behandlung von Kopfleiden sei, . . . nachdem ferner festgestellt ist, dass der Angeklagte sich bewusst war, dass der von ihm gebrauchte Titel die Möglichkeit einer Täuschung des Publikums, namentlich des weniger gebildeten gewähre, so erscheinen die sämmtlichen Begriffsmerkmale im Thatbestande eines Vergehens mit § 147, Ziff. 3 der Gew.-O. gegeben.

Die Revision ist aber auch nicht begründet, sofern sie Verletzung des Gesetzes durch irrige Anwendung des § 263 Str. G. B. behauptet.

Der Angeklagte hat annoncirt, dass er jeden nervösen Kopf- und Zahnschmerz durch Massage und einfache Handgriffe in kürzester Zeit heile, wobei er sich zugleich fälschlich des Titels einer Medizinalperson mit der Unterzeichnung „Spezialist für Kopfleiden" bediente. Hierin hat das Berufungsgericht ohne Rechtsirrthum die Vorspiegelung einer falschen Thatsache erblickt, da der Angeklagte vernünftigerweise sich sagen musste, bezw. sich bewusst war, dass er nicht jeden nervösen Kopf- und Zahnschmerz durch einfaches Drücken mit der Hand am Kopfe eines Patienten heilen könne und da auch nicht blos das, was wirklich schon vorhanden oder geschehen ist, sondern auch das, was nach dem Vorgeben des Täuschenden erst ausgeführt werden soll, als Thatsache zu gelten hat. Durch diese falsche Vorspiegelung wurden auch, wie festgestellt ist, die Patienten in den Irrthum versetzt, dass sie es mit einer sachkundigen, weil geprüften Medizinalperson zu thun haben und sichere Heilung erlangen werden; sie haben in Folge dessen die Thätigkeit des Angeklagten in Anspruch genommen, waren hiernach veranlasst, das Honorar für die Behandlung an den Angeklagten zu bezahlen und werden auf diese Weise um diese Beträge an ihrem Vermögen geschädigt. Demgemäss erscheint auch vom Berufungsgericht ohne ersichtlichen Rechtsirrthum nicht bloss die Irrthumserregung bei den Getäuschten, sondern auch der Zusammenhang zwischen Irrthumserregung durch den Angeklagten und der Vermögensschädigung der getäuschten Parteien festgestellt.

Eine Beschädigung des Vermögens des Patienten wurde aber mit Recht vom Berufungsrichter erblickt in dem Bezahlen des Honorars an den Angeklagten, weil die Behandlung nach der Persönlichkeit des Angeklagten nicht durch einen Sachverständigen, sondern durch einen Kurpfuscher erfolgte und für die Patienten keinen Gebrauchswerth hatte. Nachdem endlich noch vom Berufungsgericht ohne erkennbaren Rechtsirrthum die Absicht des Angeklagten, sich einen rechtswidrigen Vortheil zu verschaffen, festgestellt wurde, weil das Handeln des Angeklagten auf Gelderwerb gerichtet war und zwar auf rechtswidrigen, wie sich der Angeklagte bei seiner Eigenschaft als Kurpfuscher und bei Kenntniss des Irrthums der ihn für einen Arzt haltenden Heilsuchenden, sowie der Erfolglosigkeit seines Heilmittels bewusst war, — so erscheinen die sämmtlichen Begriffsmerkmale im Thatbestande eines Vergehens des Betruges nach § 263 Str. G. B. ohne ersichtlichen Rechtsirrthum festgestellt."

Bücherbesprechung.

Schlockow, Der preussische Physikus. IV. Aufl. bearbeitet von E. Roth und A. Leppmann, Berlin 1895. Richard Schoetz.

Das beliebte und bewährte Werk erscheint bereits in IV. Auflage. Dieselbe zeigt ganz besonders, dass das schwierigste Problem eines derartigen Buches darin besteht, die Auswahl und Gruppirung des Stoffes so zu treffen, dass es nicht nur dem Physikats-Kandidaten als Lehrbuch, dem Medizinalbeamten als nützliches Handbuch, sondern jedem praktischen Arzte als im Augenblick brauchbares Nachschlagebuch dienen kann. Diese Aufgabe haben die Bearbeiter wiederum mit besonders glücklicher Hand gelöst, trotzdem gerade in den letzten Jahren eine Menge umfangreicher und wichtiger Einzelverordnungen auf dem Wirkungsgebiet des staatlichen Gesundheitswesens erlassen wurden, welche jeder Arzt kennen muss. Deshalb kann das Werk nur aufs Neue warm empfohlen werden. B.

Zur Rezension eingegangene Bücher.

(Besprechung vorbehalten.)

Mair, Dr. Ignaz, Gerichtl. medizinische Kasuistik der Kunstfehler. Heuser's Verlag, 1894. Supplement-Band 1895, ebendaselbst.

Kaan, Richard, Erkenntnisse und Bescheide der Schiedsgerichte der Unfallversicherung der Arbeiter (in Oesterreich). Wien, 1895, Manz'sche Hofbuchhandlung.

Preyer, W., Zur Physiologie des Schreibens. Hamburg und Leipzig, 1895. Leopold Voss.

Tagesgeschichte.

Mariaberg.

Mit wachsender Spannung hat die gesammte Oeffentlichkeit von der Entwickelung des Beleidigungs-Prozesses in Aachen Kenntniss genommen und jetzt, wo durch völlige Freisprechung der Beschuldigten ihre Behauptungen als bedingungslos wahr erwiesen sind, wird die Erregung noch lange Zeit hohe Wellen schlagen.

Der Prozess hat zunächst erwiesen, dass die Irrenanstalt Mariaberg bei Aachen über das geltende Recht hinaus dazu benützt worden ist, um Geistliche, welche, wahrscheinlich in Folge von Neigung zum Trunk, durch ihren Wandel Anstoss erregt haben, in ihrer persönlichen Verfügung zu beschränken. Gewiss ist dies ein betrüblicher Vorfall für jeden, welchem die persönliche Freiheit als das höchste Rechtsgut der heutigen Gesellschafts-Ordnung gilt, und wenn es auch vom ärztlichen Standpunkte unter Umständen als vortheilhaft erscheinen muss, freiheitsbeschränkende Massregeln für Trunksüchtige anzuordnen, so wird das Verschulden derer, welche durch ihre Willkür die Lücke im Gesetz wett machen wollten, nicht geringer.

Diese Thatsache aber trat bald in den Hintergrund vor den Enthüllungen über die Irrenpflege in Mariaberg. Hier wurden schreiende Missstände aufgedeckt. Man wendete fortgesetzt und systematisch aus Gründen der Disziplin bei Geisteskranken ein Verfahren an, welches sich nicht auf Methoden beschränkte, die einer längst überwundenen Kindheitsepoche der Irrenbehandlung angehören, nein, das sich nur durch Fanatismus und gefühlsstumpfe Rohheit erklären lässt.

Was wird die Folge dieser Aufrüttelung der allgemeinen Aufmerksamkeit sein? Wir fürchten, dass die urtheilslose Menge in erster Reihe neue Waffen daraus schmieden wird zur Hetze gegen die Irrenanstalten und gegen die Irrenärzte.

Und doch spricht grade dieses Vorkommniss am deutlichsten gegen die Laienpsychiatrie, am deutlichsten gegen die Anmassung derer, welche meinen, unter bewusster Nichtachtung der Errungenschaften der psychiatrischen Wissenschaft in der Irrenfürsorge mitrathen und mitthaten zu können.

Als vom Jahre 1890 ab von Seiten eines Geistlichen eine Agitation ausging, welche die Irrenpflege der selbstständigen ärztlichen Wirksamkeit entziehen und der kirchlichen Oberhoheit unterstellt haben wollte, als Seitens geistlicher Konferenzen Anschauungen gebilligt wurden wie: „die dem Irrsein zu Grunde liegende Krankheit ist auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückzuführen“ — „der Irre ist für sein Thun und Lassen verantwortlich“ — „die medizinischen Mittel wirken bei den Gemüthskranken nur schädigend auf Leib und Seele“ — da erklärte der Verein deutscher Irrenärzte einmüthig in der Jahressitzung am 25. und 26. Mai 1893: „Diese Lehre, praktisch bethätigt, würde nothwendig zur Verkehrung des Charakters der Irrenanstalten in den von Strafanstalten, zur Bestrafung der Geisteskranken . . . . . führen,“ und ferner: „Es ist Pflicht des Staates, der Provinzial- und Kreisverbände, die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren.“

Damals trat nur ein Arzt öffentlich mit seinen Fachgenossen in grundsätzlichen Widerspruch. Es war dies, o Ironie des Schicksals, Herr Sanitätsrath Kapellmann in Aachen, der Mann, der heute als fahrlässiger Mitschuldiger der Krankenpeiniger dasteht, weil er sich freiwillig einer Organisation unterwarf, welche ihm die Selbstständigkeit im ärztlichen Handeln rauben musste. Noch vor Beendigung des Prozesses hat er erkannt, zu welchen Konsequenzen solche Irrthümer führen. Er hat freiwillig auf eine fernere Thätigkeit in Mariaberg verzichtet.

Vielleicht beherzigen auch die zur Irren-Fürsorge verpflichteten Behörden die Thesen des deutschen Irren-Aerzte-Vereins, wenn sie wieder in die Lage kommen, Geisteskranke in Privatpflege zu geben. Hoffentlich macht auch der Staat von seinem Rechte, dergleichen Anstalten zu revidiren, eingehenderen und ausgiebigeren Gebrauch. Ein nach wissenschaftlichen Grundsätzen geleitetes Anstaltswesen verträgt jede Kontrolle.

Jedem Arzte aber wird es eine Ehrenpflicht sein müssen, in Laienkreisen dahin aufklärend zu wirken, welches der Kernpunkt der Lehre ist, die uns die Vorgänge in Mariaberg geben.

Leppmann.

Centralverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich.

Am 25. November 1894 ist in Frankfurt a. M. ein „Centralverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche“ gegründet worden, für den weitere Unterverbände in einzelnen Bundesstaaten oder Provinzen gebildet worden sind, oder ins Leben gerufen werden sollen. Der Minister für Handel und Gewerbe in Preussen hat Veranlassung genommen, die Regierungspräsidenten darauf hinzuweisen, dass dieser Centralverband und seine Unterverbände als Kassenverbände im Sinne des § 46 des Krankenversicherungsgesetzes nicht angesehen werden könnten, und dass es daher unzulässig sei, aus Mitteln der betheiligten Kassen für die Kosten der Verbände oder für die Theilnahme von Vertretern der Kassen an den Versammlungen der Verbände Aufwendungen zu machen.

Das sächsische Kultusministerium erliess eine Verordnung, die den Lehrern die Ausübung der Naturheilkunde und die Mitgliedschaft bei den Vereinen für Naturheilkunde, sowie jede Betheiligung an „Kurpfuschereibestrebungen“ untersagt.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. C. in P. Auf Ihre gefällige ***Anfrage*** als Abonnent unserer Zeitung, woher es käme, dass mehrfach Berufsgenossenschaften, denen Sie empfohlen hatten, einen Unfall-Verletzten, den Sie längere Zeit nach beendetem Heilverfahren zur Nach-Revision zugeschickt bekamen, und für einen Simulanten hielten, in ein Krankenhaus zur Beobachtung aufnehmen zu lassen, — auf diesen Ihren Vorschlag nicht eingegangen sind, zur ***Antwort,*** dass die Berufsgenossenschaften nur ungern einen Verletzten zur Beobachtung in ein Krankenhaus schicken, weil sie nach mehrfachen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts in diesem Falle dem Verletzten die bisherige Rente weiterzuzahlen haben; ferner muss die Berufsgenossenschaft natürlich noch die Kosten des Krankenhauses bezahlen, und dem Verletzten ist auch noch die Möglichkeit der Verwerthung seiner noch vorhandenen Arbeitskraft zu entschädigen. Die Schrift von Dr. Kries, Krankenhausbehandlung nach den Unf.-Vers.-Gesetzen, worüber wir in Nr. 7 dieser Zeitung referirt haben, enthält die einschlägigen Bestimmungen zusammengestellt.

Herrn Dr. K. in M. Auf Ihre ***Anfrage,*** in welcher Weise die Kosten für Urin-Untersuchungen bei Kassen-Patienten, die an Diabetes leiden, zu verrechnen sind, die ergebenste ***Antwort,*** dass solche Untersuchungen unzweifelhaft zur „ärztlichen Behandlung“ gehören, welche die Krankenkasse ihrem Mitgliede zu leisten verbunden ist. Dasselbe trifft auch zu für die Untersuchung des Sputums auf Tuberkel-Bazillen. —

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 13. Ausgegeben am 1. Juli.

Die Mitwirkung des ärztlichen Sachverständigen bei gerichtlichen Entscheidungen.

Von
Dr. B. Hilse-Berlin,
Kreisgerichtsrath.

Wenngleich das heutige Prozessrecht die strengen Beweisregeln, welche dasselbe früher beherrschten, aufgegeben und für das Civilverfahren Civilprozessordnung § 259, für das Strafverfahren Strafprozessordnung § 260, für das Verwaltungsstreitverfahren Landesverwaltungsgesetz § 79, endlich für das schiedsgerichtliche Verfahren in Unfallsachen Unfallversicherungsgesetz § 50, landwirthschaftliches Unfallversicherungsgesetz § 54 mit der Kaiserlichen Verordnung vom 2. November 1885 zu dem Grundsatze sich bekannt hat, dass über das Ergebniss der Beweisaufnahme das Gericht nach seiner freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung geschöpften Ueberzeugung entscheidet, so würde man dennoch fehl greifen in der Annahme, es sei infolge der freien Beweiswürdigung seitens des Urtheilsrichters das von einem abgehörten Sachverständigen erstattete Gutachten in seiner Bedeutung abgeschwächt worden. Denn das Urtheilsgericht wird solches niemals entbehren können und deshalb auch niemals die auf Grund der gemachten Wahrnehmungen und angeeigneten Fachkenntnisse gewonnene Ueberzeugung der abgehörten Auskunftsperson in ihrem Werthe auf Klärung der aufgeworfenen Streitfrage unterschätzen. Im Gegentheile wird es sogar der gemachten Bekundung als untrüglichen Prämisse seiner den Rechtsspruch bildenden Schlussfolgerungen sich bedienen, sobald es aus dem Inbegriffe der Verhandlungen an deren Richtigkeit zu zweifeln kein Bedenken findet. Dessen Thätigkeit hat sich ja darauf zu beschränken, die Wechselbeziehung zwischen den ermittelten Thatumständen eines gegebenen Streitfalles und den geltenden Rechtsgrundsätzen herzustellen und daraufhin seine Entscheidung zu treffen. Je nachdem, ob die Sühne einer begangenen Schuld oder die Entschädigung eines in seinem Rechte Gekränkten Gegenstand des anhängigen Streitverfahrens bildet, wird es bei Würdigung der Beweise von anderen Voraussetzungen auszugehen haben, woraus sich erklärt, dass ungeachtet des gleichen Sachverhaltes der Strafrichter und der Prozessrichter doch zu von einander abweichenden Endergebnissen hinsichtlich der seitens der Sachverständigen begutachteten Ueberzeugung gelangen können. Und dieser Umstand gerade legt den Sachverständigen die Pflicht nahe, in jedem einzelnen Falle in den Kreis ihrer Beobachtungen alle, mithin auch die unscheinbarsten Erscheinungen zu ziehen, welche geeignet sind, Klarheit über die Ursache und Wirkung wahrgenommener Zustände zu verschaffen.

Insonderheit seit Einführen der öffentlichen Versicherung gegen Krankheit, Unfall, Invalidität hat sich in den Kreisen der arbeitenden Bevölkerung das wirthschaftlich zwar berechtigte, rechtlich immerhin zweifelhafte Streben bemerkbar gemacht, stets dann, wenn eine eingetretene Störung der körperlichen oder geistigen Unversehrtheit Anlass zu einer Erwerbseinbusse wurde, auch eine Schadloshaltung derselben zu erhalten. Zu diesem Zwecke werden vielfach über die Entstehungsursache und über die Krankheitserscheinungen unrichtige Angaben theils absichtlich, theils fahrlässig gemacht, um sich den erstrebten Erfolg zu sichern. Hier stets das Richtige zu finden, ist für den medizinischen Sachverständigen um so schwieriger, als nicht selten ihm jedes Mittel fehlt, sich Gewissheit darüber zu verschaffen, wo bei dem Untersuchungsobjekte in seinen Angaben über Empfindungen bezw. Gebrauch seiner Gliedmaassen die Wahrheit aufhört und die Heuchelei anfängt. Auf diesem Gebiete gerade wird eben stark gesündigt und wohl nirgends Simulation zahlreicher und energischer zu Tage gefördert, als hier. Eine zwar nicht beabsichtigte, aber dennoch thatsächlich gewährte Unterstützung finden nach dieser Richtung hin die erwerbsmüden Arbeiter in der so ausserordentlich milden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, namentlich dessen Auffassung über Zwecke und Ziele der Arbeiterversicherung, welche von derjenigen der ordentlichen Gerichte, also auch des Reichsgerichtes, oftmals abweicht.

So erklärt das Reichsgericht in den Urtheilen vom 22. Dezember 1890 (Gruchot's Beiträge XXXV, 401) und vom 31. Januar 1891 (Berufsgenossenschaft VI, 133) Denjenigen, welcher aus der Haftpflicht auf Grund des Gesetzes vom 7. Juni 1871 Entschädigungsansprüche geltend macht, für verpflichtet, sich einer nach dem Gutachten erprobter medizinischer Sachverständigen wenig gefahrvollen, aber auf Wiederherstellen der vollen Erwerbsfähigkeit oder doch Erhöhen des Grades derselben voraussichtlich Erfolg versprechenden Operation zu unterwerfen, selbst wenn solche mit Entfernung eines verstümmelten Gliedes verbunden sein sollte, während das Reichsversicherungsamt in den Rekursentscheidungen No. 552 vom 14. Mai 1888, No. 553 vom 11. Juni 1888 und No. 1213 vom 28. November

1892 sich zu dem Rechtsgrundsatze bekennt, dass ein die Unfallrente beanspruchender Betriebsverletzter befugt sei, die Duldung von Operationen abzulehnen. Dasselbe gesteht zwar den Berufsgenossenschaften zu, die Heilbehandlung des Verletzten in bestimmtem Umfange zu übernehmen und innerhalb desselben für dessen möglichst umfassende Wiederherstellung Sorge zu tragen, weshalb es den letzteren in den Rekursentscheidungen No. 500 vom 27. Januar 1888, und No. 753 vom 27. Mai 1889 für verpflichtet erachtet, den von ärztlicher Seite für zweckmässig erachteten Kuren sich zu unterwerfen und solche Massnahmen zu dulden, die eine ordnungsmässige Wundbehandlung überhaupt erst ermöglichen. Allein es beschränkt die Zulässigkeit derartiger Eingriffe nur auf die Dauer des eigentlichen Heilverfahrens, welches allerdings nach der Rekursentscheidung No. 969 vom 13. April 1891 alle diejenigen Massnahmen mitumfasst, welche von sachverständiger Seite für erforderlich erachtet werden, um einen dem normalen möglichst nahekommenden günstigen Zustand des Verletzten herbeizuführen. Es hält nämlich dafür, weiter nicht gehen zu dürfen, vielmehr dem Verletzten die Willensentschliessung darüber belassen zu sollen, ob er die erforderliche Kraft zur Duldung eines operativen Eingriffes sich zumuthen, den Gefahren eines solchen sich unterziehen, insonderheit die Verstümmelung durch Entfernung von Gliedmassen sich gefallen lassen wolle, unbekümmert darum, dass infolge seines Verhaltens der Verletzte einen Vermögensvortheil erzielt, die in der Berufsgenossenschaft vereinigten Arbeitgeber jedoch eine Vermögensschädigung erleiden, welche bei richtiger Behandlung des Krankheitsfalles abwendbar oder doch abschwächbar ist.

Derartige Widersprüche der eingesetzten höchsten Spruchbehörden können ihre Wirkung auf das ärztliche Gutachten nicht verfehlen. Denn es wird infolgedessen der begutachtende Arzt bei Untersuchungen einer verletzten Person sein Augenmerk nicht blos darauf zu richten haben:

1. welche Störungen der körperlichen oder geistigen Unversehrtheit sich thatsächlich zeigen;
2. welche Ursachen dieselben zu erzeugen vermochten;
3. durch welche Mittel dieselben ganz oder theilweise sich beseitigen lassen;

vielmehr auch darauf:

4. wie viele Wochen das Heilverfahren in Anspruch nehmen kann;
5. ob und zu welchem Grade dadurch eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich zurückbleiben werde;
6. endlich ob durch einen operativen Eingriff sich die auf die Erwerbsfähigkeit nachtheiligen Abnormitäten entfernen lassen, und
7. inwieweit eine Gefahr für das Leben des zu Behandelnden damit verbunden sein würde.

Solches wird dadurch bedingt, weil er in die Lage versetzt werden kann, seine Wahrnehmungen und daraufhin gewonnenen Ueberzeugungen gleichzeitig dem Strafrichter, dem ordentlichen Richter und dem Verwaltungsrichter bekunden zu sollen, von denen jeder nach dem seinerseits eingenommenen Standpunkte solche zu prüfen und zu beurtheilen haben wird.

Denn wenn das schädigende Ereigniss, auf welches ursächlich die vorhandene krankhafte Erscheinung zurückgeführt werden muss, auf dem Verschulden eines Dritten beruhen sollte, so würde der Strafrichter den Grad desselben festzustellen haben, also ob vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verhalten dem Thäter zur Last fällt, jedoch sein Urtheil von der gewonnenen Ueberzeugung des begutachtenden medizinischen Sachverständigen abhängig machen müssen, inwieweit die Störung der Gesundheit durch die ermittelte Handlung verursacht, aber auch das hierbei gebrauchte Werkzeug als ein gefährliches zu erachten sei. Dem zur Entscheidung des erhobenen Entschädigungsanspruches des Verletzten betrauten Richter fällt dagegen die weitere Prüfung zu, ob die Thätigkeit, bei deren Verrichten das schädigende Ereigniss sich zutrug, im ursächlichen Zusammenhange zu einer Betriebshandlung steht oder nicht, weil hiervon wieder abhängt, ob nach den Grundsätzen der öffentlich rechtlichen Unfallversicherung oder nach diesen der Haftpflicht bezw. der Vertretung der vermögensrechtlichen Folgen eines nicht vertragsmässigen Verschuldens solche zu beurtheilen sein würde, also die Zuständigkeit der genossenschaftlichen Schiedsgerichte oder der ordentlichen Gerichte sich ergiebt. Unter Umständen können sogar diese beiden zuständig sein, nämlich die ersteren in Höhe der Unfallentschädigung. die letzteren wegen der zulässigen Mehransprüche auf Grund des Unfall-Versicherungs-Gesetzes § 95 bezw. landw. Unfall-Versicherungs-Gesetzes § 116 oder der Rückgriffsansprüche der Berufsgenossenschaften und Krankenkassen auf Grund des Unfall-Versicherungs-Gesetzes § 96 bezw. landw. Unfall-Versicherungs-Gesetzes § 117. Je nachdem wird der Begutachter den leitenden Rechtsgrundsätzen des vernehmenden Gerichtes seine Bekundung anzupassen haben. Dies kann aber auch geschehen, ohne dass er in Widerspruch mit sich selbst geräth oder sein Gewissen zu belasten braucht und in seiner freien Beurtheilung des Krankheitsfalles irgendwie beschränkt wird.

Wie Seite 97 bereits ausgeführt wurde, fordert das Reichsversicherungsamt und infolgedessen auch das genossenschaftliche Schiedsgericht von dem begutachtenden Arzte eine Erklärung darüber, ob und zu welchem Grade durch die vorhandene krankhafte Erscheinung der Verletzte im Gebrauch seiner Gliedmassen beschränkt und in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird, während infolge der vorangestellten reichsgerichtlichen Rechtsgrundsätze das Prozessgericht seiner Begutachtung auch die Frage unterstellt, ob durch operative Eingriffe oder Beseitigen verkrüppelter Gliedmassen, ein auf deren Gebrauch, mithin auf die Erwerbsfähigkeit nachtheiliger Erfolg, abstellbar sei und zwar mit welcher voraussehbaren Gefahr für Leben und Gesundheit. Auf alle diese Fragen muss der begutachtende Arzt vorbereitet sein und deshalb schon bei dem ersten von ihm erforderten Gutachten sich vergegenwärtigen, dass das weitere nachfolgen könne, weshalb er dasselbe so einzurichten haben wird, dass er später nicht in Verlegenheit und Widersprüche gelangt.

Die Möglichkeit dessen erscheint nämlich nicht immer ausgeschlossen. Denn um die Rückgriffsansprüche der für den Unfall eingetretenen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften auf Grund der §§ 96 bezw. 117 a. a. O. gegen den schuldhaften Schadensurheber verfolgen zu können, ist eine strafgerichtliche Schuldfeststellung nach dem Urtheil des Reichsgerichts vom 9. April 1894 (Entsch. Bd. XXXIII S. 89) unabweisbares Erforderniss. In einem derartigen Falle werden mithin alle drei vorangestellten Spruchbehörden gleichzeitig nebeneinander mit der Streitfrage betraut, also der begutachtende Arzt in die Lage versetzt:

1. dem Strafrichter die Wechselbeziehung zwischen der durch die Zeugenbekundung ermittelten Thätigkeit des Beschädigers und dem Entstehen der krankhaften Erscheinung, sowie die Folgenschwere der letzteren klarzulegen;
2. den genossenschaftlichen Organen bezw. deren Spruchbehörden ein Urtheil über die Zeitdauer der Krankheit und den Umfang einer dadurch bedingten dauernden oder vorübergehenden, gänzlichen oder theilweisen Erwerbsunfähigkeit abzugeben;

3. den ordentlichen Gerichten gegenüber sich darüber auszulassen, inwieweit das Verhalten des Beschädigten selbst von Einfluss auf Entstehen, Verlauf, Folgenschwere der Krankheit sein könne.

Nur eigenes vorsätzliches Verhalten des Betriebsverletzten vermag diesen, seiner Ansprüche auf Unfallrente verlustig zu machen. Kann diesem nicht nachgewiesen werden, dass sein Wille darauf gerichtet war, das schädigende Ereigniss oder den ungünstigen Verlauf der Krankheit bezw. die durch letzteren bedingte geschwächte Erwerbsfähigkeit herbeizuführen, so muss ihm die Unfallrente zugebilligt werden. In deren Genuss verbleibt er aber auch so lange, bis auf Grund Unfallversicherungsgesetzes § 65 bezw. landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes § 70 wegen eingetretener wesentlicher Veränderung in den für die Feststellung der Entschädigung massgebenden Verhältnissen deren Herabminderung oder Erhöhung gerechtfertigt erscheint. Dieser Umstand ist aber bedeutungsvoll für die prozessualische Würdigung der Ansprüche. Denn nach dem Haftpflichtgesetze vom 7. Juni 1871 hebt eigenes Verschulden oder höhere Gewalt bereits den Entschädigungsanspruch auf, während des letzteren Eintritt und Umfang sich nach dem Grade des Verschuldens des Beschädigers und des zusammentreffenden Mitverschulders des Beschädigten gemäss der Rechtsregeln des bürgerlichen Rechtes bestimmt. Daraus folgt, dass zwar ein Anspruch auf Unfallrente berechtigt, dagegen ein solcher auf Haftpflichtentschädigung oder Schadloshaltung noch keinesfalls gerechtfertigt zu sein braucht. Hierin ist aber weiter die rechtliche Unterlage für die mit einander im Widerspruch stehenden vorangestellten Rechtsanschauungen des Reichsgerichtes und des Reichsversicherungsamtes über die Pflicht zur Duldung einer Wiederaufnahme des bereits abgeschlossenen Heilverfahrens insonderheit eines operativen Eingriffes zu finden. Denn erfahrungsgemäss vermag in zahlreichen Fällen ein verkrüppeltes Glied auf den Gebrauch der übrigen störender, mithin für die Erwerbsthätigkeit nachtheiliger zu sein als ein fehlendes, aber auch das äussere Ansehen des Verstümmelten ungünstiger und unvortheilhafter zu gestalten. Durch Beseitigen desselben wird er deshalb in seiner äusseren Erscheinung vortheilhafter, in seiner Erwerbsmöglichkeit günstiger gestaltet, sobald er sich der an ihm vorzunehmenden Operation unterzieht. Die Haftpflicht und die Entschädigungsverbindlichkeit ist nach dem gesetzgeberischen Willen aber auf diejenige Genugthuung beschränkt, welche dem Verschuldungsgrade entspricht. Deshalb erklärt das Reichsgericht es für eine Pflicht des Beschädigten, seinerseits alles Dasjenige zu thun bezw. zu dulden, was geeignet ist, den nachtheiligen Erfolg von sich selbst abzuwenden, mithin zur Entlastung des Schadensurhebers beizutragen. Infolgedessen wird der behandelnde bezw. begutachtende Arzt sich stets die Frage vorzulegen haben, ob nach seiner Ueberzeugung der Fall so gestaltet sei, um von einem wiederaufgenommenen Heilverfahren oder von einem operativen Eingriffe sich einen Erfolg zu versprechen. Aber nicht blos der erhoffte Erfolg selbst darf für ihn in das Gewicht fallen, vielmehr soll er dabei auch in Erwägung nehmen, ob dem Verletzten die Duldung dessen nach billigem Ermessen zugemuthet werden kann. Denn wo eine Verbesserung erstrebt, soll eine Verschlimmerung nicht erzielt werden. Letzteres wäre der Fall, wenn die Gefährdung des Lebens eine nach medizinischen Erfahrungen naheliegende sein sollte. Deshalb sind alle diejenigen Umstände in Mitberücksichtigung zu ziehen, welche einen ungünstigen Ausgang herbeizuführen vermögen, insonderheit mithin die Gefahrlosigkeit einer Narkose für den Patienten.

Empfehlenswerth erscheint infolgedessen es für jeden Arzt, welcher sich der verantwortlichen Vertrauensstellung eines Vertrauensarztes den Krankenkassen bezw. der Berufsgenossenschaften unterzieht oder die Stellung eines Medizinalbeamten einnimmt, gleich nach Inanspruchnahme seiner ärztlichen Thätigkeit in einem Krankheitsfalle stets von der Voraussetzung auszugehen, es werde aus demselben ein Entschädigungsanspruch verfolgt werden, er mithin in die Lage kommen, sich darüber gutachtlich äussern zu müssen. Denn nur wenn er dies thut, wird er gleich sein Augenmerk auf die vielfachen, hierfür ausschlaggebenden, begleitenden Umstände lenken und dieselben in einem Zeitpunkte feststellen, wo die gewonnenen Eindrücke noch frisch und nicht durch andere dazwischentretende Zufälligkeiten verdunkelt sind. In erster Linie kommt deshalb in Frage, ob der Patient zu den der Versicherungspflicht unterworfenen Personen gehört. Trifft dies zu, dann ist der Erkrankungsursache näher zu treten und der Grad des eigenen oder des Verschuldens eines Anderen an Herbeiführen des schädigenden Ereignisses zu ermitteln, auch ob dasselbe gelegentlich einer Betriebsthätigkeit eintrat bezw. im ursächlichen Zusammenhange mit einer solchen steht. Erst nachdem dies geschehen, dürfte weiter die voraussichtliche Zeitdauer des Heilverfahrens und die vermuthliche Möglichkeit der Wiederaufnahme der vollen Erwerbsthätigkeit mit dessen Abschluss zu bestimmen sein, weil hiervon abhängt, ob auf die krankenkassliche Fürsorge solche beschränkt oder auf die berufsgenossenschaftliche erstreckt wird, deren erstere mit Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn der Krankheit gemäss Krankenversicherungsgesetzes § 6^2 endet, während letzterer die Krankheitskosten vom Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls auf Grund Unfallversicherungsgesetzes § 5^2 zufallen, aber auch gemäss Unfallversicherungsgesetzes § 5, Abs. 9 vom Beginn der fünften Krankheitswoche ein dem Arbeitgeber zufallender Krankengeldzuschuss bei vorliegendem Betriebsunfalle entsteht.

Ein richtiges Auseinanderhalten der Begriffsmerkmale der Betriebskrankheit, des Betriebsunfalles, der Invalidität wird hierbei zwar vorausgesetzt, bedauerlicherweise aber nicht immer erreicht. Dies findet seinen Grund darin, weil im rechtlichen Sinne dieselben bisweilen andere wie im gewöhnlichen Leben sind. Seitens des Reichsversicherungsamtes wurde in den Rekursentscheidungen No. 214 und 215 (Amtl. Nachr. 1886, S. 252) hervorgehoben, dass es nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen ist, durch die Unfallversicherungsgesetze den Betriebsunternehmern auf deren alleinigen Kosten die Krankheits-, Invaliden- etc. Fürsorge zu übertragen, während auch dem Arbeiter gegenüber es schon aus dem Grunde bedenklich werden könnte, die Grenzlinie zwischen Unfall und Krankheit zu vernichten, um nicht aus der Besorgniss einer näher liegenden Gefahr des Unfalleintrittes, dem mit einem chronischen Fehler Behafteten die Arbeitsmöglichkeit zu entziehen. Seitens des Reichsgerichtes sind in dem Urtheile vom 6. Juli 1888 (Entsch. Bd. XXI, S. 77) die Begriffsmerkmale der Betriebskrankheit und des Betriebsunfalles jedoch dahin auseinandergehalten, dass unter „Unfall bei dem Betriebe" im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes schon nach dem Wortsinne ein mit dem Betriebe in Verbindung stehendes, zeitlich bestimmtes Ereigniss zu verstehen sei, welches in seinen, möglicherweise erst allmählich hervortretenden Folgen den Tod oder die Körperverletzung des Versicherten verursacht hat, während eine Reihe nicht auf bestimmte Ereignisse zurückzuführender Einwirkungen, welche in ihrem Zusammentreffen allmählich zu demselben Endergebnisse führen, als Betriebskrankheit zu gelten haben. Invalidität ist nach Invaliditätsversicherungsgesetz § 9 dagegen erst anzunehmen, wenn der Versicherte infolge seines körperlichen und geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit mindestens einen Betrag zu verdienen, welcher

gleichkommt der Summe eines Sechstels des Durchschnitts der Lohnsätze, nach welchen für ihn während der letzten fünf Beitragsjahre Beiträge entrichtet worden sind, und eines Sechstels des dreihundertfachen Betrages des für seinen letzten Beschäftigungsort festgesetzten ortsüblichen Tagelohnes. Mithin ist es völlig einflusslos, ob ein Arbeiter an einer die Erwerbsfähigkeit beschränkenden bezw. die Erwerbsthätigkeit erschwerenden chronischen Krankheit leidet, so lange er überhaupt noch werkthätig ist und mehr als die voraufgeführten Beträge zu verdienen vermag. Wird eine derartige Person, welche noch Lohnarbeit verrichtet, bei Gelegenheit ihrer Betriebsthätigkeit durch ein mit dem Betriebe in Verbindung stehendes zeitliches Ereigniss betroffen und infolge dieses ihrer verbliebenen Erwerbsfähigkeit beraubt, dann liegt ein Betriebsunfall vor und hat sie Anspruch auf die Unfallrente. Ja, es sieht sogar Invaliditätsversicherungsgesetz § 34 vor, dass Invalidenrente neben der Unfallrente bezogen werden kann, was aus dem Grunde schon geboten erscheint, weil die verbliebene und zulässiger Weise verwerthbare Arbeitskraft dem in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigten Arbeiterinvaliden durch ein Betriebsereigniss vollends entzogen werden kann. Solches verkennen jedoch nicht selten die begutachtenden Aerzte, welche einer im gewöhnlichen Sinne als Invalide geltenden Person dadurch das Erlangen der Unfallrente gefährden, dass sie in ihrem Gutachten hervorheben, es würde auch unabhängig von dem schädigenden Ereignisse der Arbeiter nach seiner gestörten körperlichen Unversehrtheit als Invalide zu erklären gewesen sein; eine Auffassung, welche dem gesetzgeberischen Willen nicht entspricht.

Die sogenannte „Moral Insanity" und der praktische Arzt.

Von
Dr. P. Näcke-Hubertusburg (Sachsen),
Oberarzt.

Wohl wenige Bezeichnungen haben so viel Unheil angerichtet, wie der von dem Engländer Pritchard 1835 zuerst gebrauchte Ausdruck: Moral Insanity, trotzdem derselbe sich anfangs nicht völlig mit dem deckte, was die späteren Autoren so nannten. Es wurde nämlich bald mit diesem Namen eine Krankheit per se belegt, die als Hauptmerkmale mehr oder minder grossen Defekt der sittlichen und ästhetischen Gefühle und starke Neigung zu unsittlichen Handlungen aufwies. Man sah das geschilderte Bild aber auch oft später entstehen oder im Verlaufe verschiedener geistiger Störungen etc. auftreten, und so unterschied man dann eine „angeborene" und eine „erworbene" Moral Insanity. Endlich liess man die zweite Form fallen und subsummirte die erste unter den alten Begriff der Imbecillität oder Idiotie; Binswanger spricht diesbezüglich geradezu von einer „Spielart des Schwachsinnes". Heute wollen die meisten Irrenärzte — bei uns wenigstens — nichts mehr vom „moralischen Blödsinn" als von einer eignen Krankheitsform wissen und verlangen mit Recht, dass dieser Name am liebsten aus der psychiatrischen Nomenklatur gestrichen werde. Freilich wird es wohl noch lange dauern, bis er vollkommen daraus verschwindet, zumal die Lehre der „Moral Insanity" durch Lombroso und seine Schule, die diese Form, soweit sie angeboren ist, mit dem „geborenen" Verbrecherthume, psychisch und somatisch identifiziren, zu neuem Glanze gelangte, in Juristen- und andere Laienkreise getragen wurde und überall zu heillosen Verwirrungen Anlass gab.

Halten wir also zunächst die These fest: „Moral Insanity" als spezifische Krankheit giebt es nicht, sondern was man so nennt, stellt nur eine Abart des Schwachsinnes dar. Der gewöhnlichen Imbecillität gegenüber werden ihr im Allgemeinen folgende Eigenthümlichkeiten zugesprochen: 1. Starkes Zurücktreten der intellektuellen Störungen; 2. Vorwiegen der ethischen und ästhetischen Defekte; 3. Neigung zu unsittlichem, gemeingefährlichem Gebahren, das sehr bald zu Konflikten in- und ausserhalb der Familie führt, und endlich 4. gewisse Eigenthümlichkeiten im Verlaufe, soweit es sich um angeborene Zustände handelt.

Diese Eigenthümlichkeiten brauchen wir aber durchaus nicht eigens zu benennen, da sie in allen möglichen Schattirungen auftreten und mehr oder minder stets subjektiver Beurtheilung unterliegen, besonders aber, da auch die meisten der gewöhnlichen Imbecillen obige Züge ganz oder theilweis bis zu einem gewissen Grade zeigen. Es genüge uns zu wissen, dass obige Charaktere entweder angeboren sind, oder früh oder spät erworben wurden, namentlich zeitweilig oder dauernd im Bilde der verschiedensten Psychosen, so der Manie, Paralyse, Dementia senilis, aber auch der Epilepsie, Hysterie, des Alkoholismus chronicus, auch anderweitig bei schweren Gehirnleiden, z. B. Apoplexia cerebri, erscheinen. Im engeren Sinne jedoch spricht man von „Mor. Ins." nur in den angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Zuständen, die schon ätiologisch mit dem gewöhnlichen Schwachsinn übereinstimmen und auch, wie dieser, sehr gern den günstigen Boden zum Ausbruche von Psychosen abgeben, namentlich in kritischen Zeiten, besonders Pubertät.

Psychologisch hat man zum Verständnisse des Krankheitsbildes davon auszugehen, dass das, was wir Moral nennen, nichts Angeborenes ist. Nur die Fähigkeit, durch die Erziehung und Umgebung in uns moralische Begriffe auszubilden, also eine an die Struktur und den Chemismus des Centralnervensystems gebundene Fähigkeit ist angeboren und vererblich. Da zu dieser Ausbildung aber Intaktheit möglichst aller Nerventheile nöthig erscheint, so ist Entwickelung der Moral bei Defekt der übrigen Geisteskräfte kaum denkbar. Die Moral, der Inbegriff aller „altruistischen Gefühle", die Quintessenz des „sekundären Ich's" (Meynert), ist also ein sekundäres und komplizirtes Gebilde, das kein besonderes Organ oder Centrum besitzt.

Nun scheinen freilich manche Thatsachen dagegen zu sprechen. Auf der einen Seite sind die intellektuell so tief stehenden Idioten meist gutmüthig, auch öfters anhänglich, dankbar, aber im eigentlichen Sinne kann man bei ihnen doch kaum von „Moral" sprechen, da nur Rudimente davon existiren; trotzdem handeln sie meist nicht schlecht, weil sie ohne Willensenergie sind. Anders bei den Imbecillen. Hier ist zwar der Intellekt weniger geschädigt, aber bei ihrer Unaufmerksamkeit, Unstätigkeit tritt keine oder nur eine ungenügende Verknüpfung der Vorstellungen mit Erfahrungssätzen und Abstraktion für die Zukunft ein, das Gelernte bleibt todter Buchstabe, ohne persönlichen Erfahrungswerth, daher kann sich auch hier wegen psychischer Schwäche keine eigentliche Moral herausbilden. Da hierbei oft gleichzeitig die niederen, subcortikal gelegenen Centren, die dem vegetativen Leben und dem „primären Ich" (Meynert) vorstehen, in mehr oder minder grossem Reizzustande sich befinden, wie man annimmt, so werden diese krankhaften Anreize sehr leicht in Thaten umgesetzt, zumal die Hemmungsvorstellungen defekt sind.

In Fällen von „Mor. Ins." kann nun freilich scheinbar die Intelligenzstörung ganz fehlen — ob wirklich, ist sehr fraglich — und doch jener moralische Defekt mit unsittlichem Handeln, der insbesondere durch krankhafte subcortikale Reize bedingt ist, bestehen. Meist aber zeigt sich der Intellekt auch hier, wenngleich oft, so doch viel weniger als bei Imbecillität geschädigt. Es wird hier nun im Belieben des Einzelnen stehen, einen solchen Fall als gewöhnliche Imbecillität zu bezeichnen,

bei der ja, wie wir sahen, Züge der „Mor. Ins.“ fast nie fehlen — weshalb Gollier sehr richtig solche Kranke Anti-Soziale nennt —, oder wenn er den Grad des intellektuellen Defektes für zu unbedeutend im Vergleiche zum moralischen hält, als „Moral Insanity“, wenn er diesen Namen durchaus beibehalten will. In beiden Fällen ist der Untersuchte ein Kranker, der meist von Kindheit an ein Thunichtgut war, grausam, lügenhaft — sehr oft unabsichtlich wegen der häufig bestehenden schrankenlosen Phantasie —, faul, unstät, früh schon unsittlich, zum Stehlen und Naschen, auch zu Spirituosen geneigt — und doch oft intolerant dagegen —, ein Chamäleon in seinem Fühlen und Handeln, lieblos und nur sein eigenes Ich fördernd, vor nichts zurückschreckend, wenn es seinem Interesse gilt, immer bereit, als Splitterrichter sein Thun und Lassen zu vertheidigen (folie raisonnante), eitel etc., kurz: ein echter Parasit der Menschheit. Hat er auch schlecht gelernt, sind seine Geisteskräfte deutlich ungenügend, so kommt er bald ins Irrenhaus. Hat er aber das Unglück, als „gescheut“, „durchtrieben“ zu zu gelten, so wird er als Bösewicht behandelt, wandert von einem Gefängniss in das andere, auch hier verhasst wegen Unbotmässigkeit und Faulheit, nachdem er seine Familie vielleicht in Schande und Elend gebracht hat, bis eine Expertise den kranken Geisteszustand an ihm erkennt und ihn endlich an die richtige Stelle, die Irrenanstalt, abliefert. Solcher „missrathener“ Söhne und Töchter giebt es eine ziemliche Zahl — früher war Amerika dafür eine beliebte Ablagerungsstätte —; eine Statistik darüber ist aber ganz unmöglich, da Viele darunter Geisteskranke im engeren Sinne oder Epileptische, Hysterische etc. sind.

Für die Praxis haben diese Fälle eine eminente Bedeutung, da es darauf ankommt, sie möglichst früh zu erkennen und demgemäss zu behandeln. Schon obige Auseinandersetzungen bieten zunächst einige diagnostische Handhaben dar. Betrachten wir aber jetzt einige Hauptpunkte näher. Vor Allem kommt die Anamnese in Betracht. Die betreffenden Personen sind meist schwer hereditär belastet. Oder sie sind schon intrauterin erkrankt, haben ein Geburtstrauma erlitten, oder eine schwere Kinderkrankheit durchgemacht. Epileptische oder epileptische Anfälle treten oft früh auf, gern in der Zahnungs-Periode, oder später in kritischen Zeiten, z. B. in der Pubertät. Trotz guter Pflege und Erziehung blieben die Kinder Taugenichtse, eine Crux der Schule und der Familie. Seltener entwickelt sich der perverse Charakter ganz allmählich, um erst später deutlicher zu werden. Für die krankhafte Natur des Leidens ist es aber bezeichnend, dass den Stimmungen, dem unsittlichen Gebahren eine Periodicität gern eignet, die wir als Charakteristikum der sogenannten „Degenerationspsychosen“ kennen. Wir werden also stets darnach zu fahnden haben. Ebenso ist ein impulsives Wesen, ein Handeln ohne deutliche oder genügende Motive, sehr oft vorhanden, desgleichen eine pathologische Reizbarkeit, die beide gleichfalls in der Intensität schwanken können, was man besonders in den Strafanstalten in der Form zeitweise auftretender Unbotmässigkeit, Skandalsucht etc. („Zuchthausknall“) beobachtet und fürchtet. Dass man es aber mit einem „degenerirten“ Wesen zu thun hat, lehrt schon hinreichend die körperliche Untersuchung. Es fehlen nämlich meist nicht die schweren und gehäuften Entartungszeichen — am Schädel, Gesicht und dem übrigen Körper —, auch oft funktioneller Art, wie choreatische Bewegungen, Strabismus u. s. f.

Man hat sich jetzt zu entscheiden, ob gewöhnliche Imbecillität oder die sogenannte „Moral Insanity“ vorliegt, wenn eine Psychose im engeren Sinne ausgeschlossen ist. Hier entscheidet vor Allem der Stand des Intellekts. Ist derselbe nur wenig geschädigt, so mag man meinetwegen von „Moral Insanity“ reden, besonders bei Vorwiegen eines unmoralischen Lebens. Aber ein näheres Zusehen wird auch hier meist eine Dysharmonie entdecken, Fehlen der Aufmerksamkeit, der Erinnerung, der Logik, der Abstraktion etc., gewisse Provinzen des geistigen Lebens erscheinen dem Kundigen als mangelhaft bestellt. Nicht selten wird die fehlerhafte Anlage des Geistes deutlicher während Exacerbationen, wo es zu Kopflosigkeiten, ja zu einem Delirium der Handlungen kommen kann und auch Verfolgungsideen, Sinnestäuschungen, sogar Zustände von Verwirrtheit bisweilen sich einstellen.

Die Hauptschwierigkeit der Diagnose beruht aber in der Trennung solcher Personen von den Kunstprodukten, den schlecht erzogenen, verlotterten Elementen. Lombroso und seine Anhänger behaupten nun bekanntlich, dass die meisten Gewohnheitsverbrecher „geborene“ Verbrecher und moralisch Irrsinnige sind; andere Autoren dagegen, wie Baer, Kirn, Leppmann, Näcke u. s. f., meinen, dass das Gros derselben aus Individuen besteht, die keine oder eine schlechte Erziehung genossen und in trauriger Umgebung aufwuchsen, dass die Fälle sogenannter „Mor. Ins.“ aber selten sind. Dabei kann selbstverständlich der Träger eines an sich schlecht organisirten Hirns eher fallen als einer mit einem besser ausgestatteten. Hier, wie überall, kommen meist die beiden Faktoren: Individualität und soziales Milieu, zur Geltung, nur leider, dass wir den Einfluss unserer Kardinalpunkte einzeln nicht zahlenmässig bezeichnen können. Blos die genaueste Kenntniss der Anamnese und der ganzen Lebensführung, und besonders die genaue Beobachtung des Betreffenden während längerer Zeit, womöglich in einer Anstalt, kann uns bei der Diagnose vor Irrthum bewahren, der, wie wir bald sehen werden, bezüglich der Therapie nicht gleichgiltig ist.

Zur Illustration aber der diagnostischen Schwierigkeiten diene kurz folgender Fall:

Von einem höheren Beamten in X. wurde ich um ein Gutachten in folgender Sache angegangen. Er selbst war kräftig und stammte aus durchaus gesunder Familie, ohne irgend welche erbliche Belastung. Seine Frau dagegen war zuletzt schwer hysterisch gewesen, hatte sogar zeitweis Verfolgungsideen gezeigt, einmal scheinbar auch akute Verwirrtheit. Sie hatte zuletzt gegen ihren Mann wegen Ehebruchs einen Prozess angestrengt, verlor ihn aber, da sie später alle ihre Angaben als unwahr zurücknahm. Ihre Brüder waren verlumpt, ihre Mutter eigenthümlich. Dieser Ehe entspross ein jetzt dreizehnjähriges Mädchen. Als die Mutter vor ca. einem Jahre starb, nahm sich der Vater der Kleinen mit doppelter Liebe an. Eines Tages tritt sie plötzlich vor ihn hin mit der frechen Behauptung, er habe an ihr unsittliche Handlungen vorgenommen und ein intimes Verhältniss mit den Dienstmädchen gehabt, sie wolle deshalb nicht mehr bei ihm bleiben, sondern mit der Grossmutter, die gerade anwesend war, abreisen. Der Vater war wie versteinert und liess sie mit der Alten ziehen, die sie in ihrer Heimat in ein Pensionat gab. Von hier aus schrieb das Mädchen lieblose Briefe an den Vater; in dem einen der mir selbst vorlag, bezichtigte sie ihn in unverschämtester Weise des geschlechtlichen Umganges mit den Dienstmädchen. Auf meinen Rath hin ward sie zunächst zur genauen Beobachtung einige Wochen lang einer Privatanstalt übergeben.

Wir sehen also hier schwere hereditäre Belastung seitens der Mutter. Die Kleine soll körperlich und geistig sich gut entwickelt, namentlich nie Krämpfe, Stimmungsanomalien oder Gefühlsrohheit gezeigt haben, ebenso soll der Intellekt normal gewesen sein. Das mir vorgelegte Censurbuch liess aber erkennen, dass sie in den Schulfächern schwach bestellt war und schlecht fortkam, was also doch eine gewisse Einbusse an Verstand, Fleiss und Aufmerksamkeit bekundete. Wie aus heiterem Himmel brach nun das Verhängniss über den an sich schon schwer geprüften Vater los, als die Tochter, die bisher nie lasciv und frech sich gezeigt hatte, ihm unsittliche Thaten der ärgsten Art mit der grössten Kaltblütigkeit vorwirft.

Zunächst findet er keine Lösung des Räthsels. Hinterher freilich erfährt er, dass seine Tochter schon seit etwa zwei Jahren über sexuelle Dinge gut unterrichtet war, zum Entsetzen der älteren Dienstmädchen, die aber dem Vater dies verheimlicht hatten. Der Vater frug mich nun: ob „Moral Insanity“ vorläge — von der er natürlich auch gehört hatte! — oder nur sittliche Verrohung, und bat mich, sein Kind zu sehen und Diagnose und Behandlung ihm mitzutheilen. Ich schrieb ihm, dass zu einer solchen Diagnose eine einmalige, auch noch so gründliche Untersuchung nicht hinreichen würde, dass dies nur bei längerer Beobachtung, am liebsten in einer Anstalt, möglich sei.

Ich glaubte aber trotzdem nach den genauen Unterlagen mit ziemlicher Sicherheit annehmen zu dürfen, dass hier ein Fall von sogenannter „Mor. Ins.“ vorliege. Es bestand zwar erbliche Belastung und wahrscheinlich auch ein gewisser Grad von Schwachsinn, aber nach den Aussagen des Vaters war durchaus normale körperliche und geistige Entwickelung und insbesondere nie Züge vorhanden, die moralischen Defekt bekundet hätten. Ob Degenerationszeichen vorhanden waren, weiss ich nicht, da ich das Mädchen nicht sah. Anders aber lautete freilich mein Urtheil, als mir der Vater später schrieb, dass der Anstaltsleiter, der längere Zeit das Kind beobachtet hatte, zwar keine Psychose, wohl aber mangelhafte Intelligenz und Bildungstrieb bei sehr lebhafter Phantasie und Pietätlosigkeit selbst gegen die verstorbene Mutter, daneben hochgradige Bleichsucht, feststellte. Als der Vater seine Tochter dann in eine andere Anstalt zur strengen moralischen Zucht überführte, benahm sie sich gegen ihn so, als ginge er sie gar nichts an. Ich glaube also jetzt, dass dieser Fall der sogenannten „Mor. Ins.“ angehört, trotzdem an dem Bilde noch so Manches fehlt. Entweder sind doch gewisse Charakterzüge früher unbeachtet geblieben, oder, was wahrscheinlicher ist, der perverse Charakter hat sich allmählich herausgebildet, nicht am wenigsten vielleicht unter dem Einflusse der Pubertät, die mit grosser Bleichsucht einherging. Aber auch hier spielte das Milieu eine wichtige Rolle. Die Kleine hat offenbar von der schwer hysterischen, ja geradezu psychotischen Mutter Lug und Trug und sexuelle Dinge erfahren; das Attentat, das der eigene Vater gegen sie ausgeübt haben sollte, ist dem Kinde sehr wahrscheinlich suggerirt worden, vielleicht betheiligte sich daran auch die psychisch nicht intakt erscheinende Grossmutter. Eine weitere Quelle für das Wissen sexueller Dinge bilden aber die Schule, die Lektüre und die Dienstboten. Dass die Kinder, speziell die Mädchen, in den Schulen, auch den höheren, leider schon früh solche Dinge erfahren, ist nur zu wahr und eine Konfirmandin ohne dies Wissen dürfte heute ziemlich selten sein. Schule und Lektüre werden wohl in unserem Falle auch mitgespielt haben, nicht aber die zwei älteren, treu bewährten Dienstmädchen, von denen die zuletzt Dienende in heftige Erregung gerieth, als sie durch den Brief der Kleinen erfuhr, dass sie sich mit ihrem Dienstherrn fleischlich eingelassen haben sollte.

Für die Stellungnahme des konsultirten Arztes ist es nicht gleichgiltig, welcher Zustand vorliegt. Handelt es sich um einen Fall von angeborener oder früh erworbener „Moral Insanity“, dann ist die Prognose wenig tröstlich. Hier bleibt fast nur die Irrenanstalt übrig, aus der unter Umständen nach langen Jahren der Kranke, wenn er sich gut gehalten hat, wohl einmal entlassen werden und unter steter Beaufsichtigung und strenger Leitung ein noch brauchbarer Mensch, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, werden kann. Das sind aber gewiss nur grosse Ausnahmen.

Handelt es sich aber vorwiegend um sittliche Verrohung durch das Milieu, dann versuche am liebsten der Arzt das Kind in eine fremde, streng religiöse Familie unterbringen zu lassen, mit Vortheil auf dem Lande bei einem Geistlichen, der keine oder nur wenig Kinder hat, sich also seinem Schützlinge fast ausschliesslich widmen kann, und zwar auf längere Zeit. Ist dies unmöglich, so hat eine Erziehungsanstalt für sittlich Gefährdete einzutreten. Die Prognose wird natürlich viel günstiger sein, als bei echter „Mor. Ins.“

Der praktische Arzt kann also besonders als Hausarzt durch seinen Rath viel nützen. Durch rechtzeitige Erkennung des Zustandes und richtiges Handeln gilt es ja, die Familie vor Schande und Elend, das Kind vor Prostitution oder Verbrechen zu behüten, also nicht blos den Körper, sondern auch die Seele zu wahren. Wahrlich ein edles Motiv, dass der Arzt sein ganzes Wissen und Können diesen in der Aussenwelt gar nicht so seltenen Fällen widme!

Kontusionspneumonie nach Unfall, tödtlicher Ausgang.

Von
Sanitätsrath Dr. **R. Granier**-Berlin,
Kgl. Bez.-Physikus.

Wenn ich unter obigem Titel ein Gutachten veröffentliche, welches ich im Jahre 1891 dem R. V. A. zu erstatten hatte, so veranlasst mich hierzu der Umstand, dass der Fall in mehrfacher Hinsicht Interesse zu bieten scheint. Denn an sich sind Erschütterungspneumonieen nicht gerade häufig, und besonders solche mit tödtlichem Ausgange sind nach Litten, dem ersten Bearbeiter dieses Feldes, besonders selten. Mit ihrer Seltenheit hängt dann aber zusammen, dass sie wenig bekannt und wenig beachtet sind. Wenn also ein erneuter Hinweis auf ihr Vorkommen den Erfolg haben sollte, dass die behandelnden Aerzte bei Lungenentzündungen von Arbeitern diese nach einem etwa kurz vor der Erkrankung erlittenen Unfall fragen würden, so würde das schon als ein Gewinn zu betrachten sein. Schliesslich ist dieser Fall im Stande, die Leitsätze, welche L. Becker in No. 9 dieser Zeitschrift, Seite 102, aufgestellt hat, zu illustriren und zu bestätigen. Besonders These 4 und 5 werden durch den Fall gestützt, denn es handelt sich hier ebenfalls um die Verwerthung von Analogien, den Nachweis der Kontinuität der Erscheinungen (These 4), und um einen Wahrscheinlichkeitsbeweis (These 5). Doch ich lasse nun den Fall für sich selbst sprechen. Mein Gutachten lautete:

Auf Ersuchen des Reichsversicherungsamts vom 21. April 1893 habe ich mich im Folgenden nach Einsicht der mir überschickten Akten darüber gutachtlich zu äussern, ob durch den Unfall, welchen der Arbeiter M. R. aus T., geboren am 28. April 1838, am 4. November 1891 erlitten hat, die Lungenentzündung, an welcher der p. R. am 11. November 1891 verstarb, zur Entstehung gebracht worden, oder wenigstens ihr tödtlicher Verlauf wesentlich beeinflusst worden ist, so dass ein — wenn auch nur mittelbarer — ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tod und dem Unfall besteht.

Nach den Akten der Tiefbaugenossenschaft Bl. 1 war R. am 4. November 1891 in einem Graben von 2—3 m Tiefe beschäftigt, und zwar stand er in gebückter Stellung, als ein Handkarren voll feuchter Erde ihm vom Rande des Grabens aus, also aus einer Höhe von 2,5 m, auf den Rücken geschüttet wurde. In dem Karren befand sich nach Aussage des Zeugen F. H. ein etwa zwei Faust grosser Stein, welcher den p. R. am Hinterkopf traf. R. fiel vornüber auf die Hände, Erde und Steine fielen zur Seite, und er rief sogleich, noch auf die Hände gestützt: „Sind die Leute verrückt“, u. s. w. Er arbeitete dann bis zum Feierabend (5 Uhr) weiter, also, wenn der Aussage des p. R. vom

11. März 1893 gefolgt wird, wonach der Unfall vor der Mittagpause stattfand, noch etwa 4 Stunden, oder, wenn, wie die Meldung des Unfalls auf Bl. 1 der Tiefbau-B. G.-Akten sagt, der Unfall zwischen 2 und 3 Uhr Nachmittags stattfand, noch mindestens 2 Stunden. Dann ging er einen Weg von einer Stunde nach Hause, wo ihm seine Frau das Abendessen vorsetzte. Dies hat er nach Aussage seiner Tochter nicht genommen, weil er sich krank fühlte. „Er ass eine Kleinigkeit und ging sogleich zu Bett.“ In der Nacht hat dann die neben den R's wohnende Zeugin M. den p. R. stöhnen gehört, was sie am nächsten Tage (5. November) veranlasste, sich nach ihm zu erkundigen. Er klagte ihr da über Kopf- und Brustschmerzen und erwähnte, dass er am Tage vorher mit Erde beschüttet worden. Seine Erkrankung wurde an diesem 5. November gemeldet und am 11. November $1\,^3/_4$ Uhr Nachmittags starb er (Sterbeurkunde Bl. 13 T. B. B. G.), sodass er also 7 Nächte und $6\,^1/_2$ Tage krank gewesen ist.

Es fragt sich nun zunächst, an welcher Krankheit R. gelitten habe. Am 25. Januar 1892 schreibt der behandelnde Arzt, dass R., den er am 5. November zuerst besucht, an rechtsseitiger Lungenentzündung gelitten habe. In einem ausführlicheren Bericht vom 9. Februar 1891 giebt Herr Dr. W. an, R. habe am 5. November Zeichen eines fieberhaften Bronchialkatarrhs aufgewiesen. Bei dem zweiten Besuch, einige Tage nach dem ersten, habe eine ausgesprochene Lungenentzündung vorgelegen; und bei seiner Vernehmung als Sachverständiger, am 22. März 1893 (Bl. 33. R. V. A.) giebt er ebenfalls Lungenentzündung an. Nirgends aber begründet er seine Annahme durch Schilderung des objektiven Befundes, so dass es schwer möglich ist, sich ein eigenes Urtheil über die Krankheit zu bilden. Von Klagen des Patienten führt der Arzt an: Kopfschmerzen, Brustschmerzen und Seitenstiche, von objektivem Befunde nur Fieber. Dagegen erwähnt die Tochter, Frau D., in ihrer Vernehmung am 11. März 1893, der R. habe etwa am dritten Tage nach der Erkrankung Blut im Speichel gehabt. Mit jedem Tage habe er mehr Blut ausgeworfen. Dies stimmt mit der Angabe des Arztes, R. habe an Lungenentzündung gelitten. Auch die Dauer der Krankheit, sieben Tage, stimmt damit überein, so dass der Diagnose des Arztes immerhin beigetreten werden kann.

Ob eine Kopfverletzung bei R. vorhanden war, ist leider nicht zu entscheiden. Nach Angabe des Arztes in seinem Gutachten vom 9. Februar 1892 hat der Kranke bei dem ersten Besuch am 5. November 1891 nicht über Kopfschmerzen geklagt, die durch das Herabfallen eines Steines auf den Kopf veranlasst wären, und am 11. März 1893 sagt der Arzt aus, der Kopfschmerz, über den R. geklagt, sei auf seinen Fieberzustand zurückzuführen. Ebenso sagt die Tochter, Frau D. (Bl. 27^2) und die Zeugin Frau M. (Bl. 28) aus. Der (nicht zuverlässige) Zeuge Arbeiter D. will nach dem Tode eine grüne und blaue Fläche an einer Seite des Kopfes bemerkt haben. Dies und die ähnliche Färbung an der Brust ist, wie auch Dr. W. annimmt, Leichenerscheinung (Todtenflecke). Denn hätte die Verfärbung von einer Verletzung am 4. November hergerührt, so würde sie der Arzt sicher bei seinem zweiten Besuch, der am 8. November stattfand, bemerkt haben. Dass keine Verletzung am Kopf da war, ist aber auch nicht zu erweisen, denn sie hätte bei der gebückten Stellung, in welcher R. von dem Stein getroffen wurde, auch entsprechend der Beobachtung seitens des Zeugen H. am Hinterkopf sein müssen, konnte also, da der Kranke sowohl wie seine Angehörigen am ersten Tage (5. November) dem Arzte nichts von der Unterschüttung mittheilten, er also nicht Veranlassung hatte, den Kopf zu untersuchen, leicht verborgen bleiben. Und bei der Grösse des Steines (zwei Fäuste), der aus einer Höhe von etwa 2,5 m auf den Hinterkopf des R. fiel, sollte man annehmen, dass eine äussere Verletzung oder Sprünge in dem Schädelknochen hätten vorhanden sein müssen. Es ist zu bedauern, dass dem Ersuchen der Wittwe des R., die Leiche ihres Mannes zu öffnen, welches sie am 19. Juni 1892 dem Schiedsgericht für Unfallversicherungssachen zu K. ausgesprochen (Bl. 2 dessen Akten), nicht willfahrt worden ist. Denn eine etwaige Verletzung der Schädelknochen hätte auch damals, nach dem 19. Juni 1892, noch erkannt und auf den Unfall vom 4. November 1891 zurückgeführt werden können.

Jetzt ist also nur erwiesen, dass R., nachdem er am 4. November mit Erde beschüttet worden, in der darauf folgenden Nacht an Lungenentzündung erkrankte. Ausserdem ist festgestellt, dass R. vom 7. September bis 4. November 1891 ununterbrochen gearbeitet hat. Andererseits hat der Kranke am 5. November dem Dr. W. gesagt, dass er seit längerer Zeit brustleidend gewesen sei, viel gehustet habe und, wie Dr. W. am 22. März 1893 aussagt, auch in neuerer Zeit, vor diesem ersten Besuch. Wenn die Tochter, Frau D. und die Zeugin M. davon nichts bemerkt haben, so kann dies vielleicht auf Indolenz zurückgeführt werden. Jedenfalls widerspricht die Angabe von dem längeren Husten nicht der Thatsache, dass R. vor dem Unfall vier Wochen lang ununterbrochen gearbeitet hat.

Es fragt sich nun: „Ist die Lungenentzündung durch den Unfall veranlasst?“ Der Dr. W. meint in seinem Gutachten vom 9. März 1892 (Bl. 24 T. B. B. G.): „Nein.“ Es kämen zwar Kontusionspneumonieen vor, doch gehörten dazu starke Erschütterungen oder Quetschungen des Brustkorbs. Aehnlich spricht er sich bei seiner Vernehmung am 11. März 1893 (Bl. 3^2 R. V. A.) aus. Er giebt die Möglichkeit zu, findet aber im vorliegenden Falle keinen objektiven Beweis dafür.

Ich bin nun allerdings auch der Ansicht, dass ein zwingender Beweis für den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit resp. Tod nicht erbracht werden kann, halte den Zusammenhang aber doch für wahrscheinlich. Der R. hat bis zu dem Tage des Unfalls regelmässig gearbeitet, hat sich bereits am Abend (kaum vier Stunden nach demselben) unwohl gefühlt, Schmerz in der Brust gehabt, und die tödtliche Krankheit hat sich kontinuirlich, vier Stunden nach dem Unfall beginnend weiter entwickelt. Die Erschütterung des Brustkorbs, die nach Ansicht des Dr. W. nicht gross genug war, um eine Lungenentzündung hervorzurufen, reichte nach meiner Ansicht dazu völlig aus. Denn eine Karre voll feuchter Erde, 2,5 m hoch auf den Rücken herabfallend, ist allerdings im Stande, eine sehr grosse Erschütterung des Brustkorbs hervorzurufen. Wie mir von sachverständiger Seite mitgetheilt wird, fasst eine Arbeitskarre 0,1 kbm = 100 Liter; 1 Liter feuchter Sand wiegt nach meiner Wägung 3 Pfund, also 100 Liter wiegen 3 Centner. Ich habe dann auch durch direkte Wägung der Sandmenge, die eine Arbeitskarre fasst, festgestellt, dass sie wirklich 3 Centner wiegt. Diese 3 Centner, in welchen wohl nicht nur der eine zweifaustgrosse Stein, den Zeuge F. H. gesehen, enthalten war, sind dem p. R. aus einer Höhe von 2,5 m mitten auf den Rücken (der Sand rollte zu beiden Seiten des Rückens herab) gefallen. Dies war, wie gesagt, nach meiner Ansicht völlig genügend, den Rücken, also den Brustkorb des R., gewaltig zu erschüttern. Dass diese Erschütterung bei R. wirklich gross gewesen sein muss, schliesse ich aus dem Umstande, dass er durch die Wucht der fallenden Erde vornüber auf die Hände geworfen wurde; und dass er den Wurf als einen gewichtigen empfand, beweisen die Worte, die er, noch auf die Hände gestützt, ausstiess: „Sind die Leute verrückt? die können Einen noch todtschlagen!“

Dass er nach dem Unfall noch 2 bis 4 Stunden gearbeitet hat, spricht auch nicht gegen die Schädlichkeit der Erschütterung. In der „Zeitschrift für klinische Medizin“, Bd. 5 S. 26 ff.,

spricht Professor Litten in einer Arbeit, in welcher er zuerst auf die sogenannten Kontusionspneumonien, d. h. Lungenentzündungen nach Erschütterung des Brustkorbs, aufmerksam macht, es als Erfahrungsthatsache aus, dass meist ein bis zwei Tage nach dem Unfall vergangen waren, ehe die Betreffenden sich unwohl fühlten (S. 27). Auf S. 39 sagt er: „Kontusionspneumonien können entstehen, ohne dass die Brustwand selbst auch nur die geringste Läsion erkennen lässt. Sie können die einzige Läsion überhaupt sein, die der Kontusion folgt.“ Auf S. 40 erklärt er den Umstand, dass die Kontusionspneumonien bisher wenig beachtet sind, daraus, dass, wenn keine äusseren Verletzungen bei den Betreffenden vorhanden sind, die Lungenentzündung meist nicht als Kontusions-, sondern als eine gemeine Erkältungspneumonie aufgefasst werde, weil der Kranke, welcher selbst den Unfall nicht als die Ursache seiner inneren und noch dazu einige Tage später auftretenden Lungenentzündung ansehe, denselben dem Arzt gänzlich verschweige. Diese Worte sind im Jahre 1882 erschienen, aber ich frage, ob sie nicht auf den vorliegenden Fall passen? Auch R. hat dem Arzt am Tage nach dem Unfall nur von früherem Husten und Brustleiden und jetzigem Kopf- und Brustschmerz gesprochen, hat ihm dagegen seinen Unfall, den er nicht für die Ursache seiner inneren Erkrankung ansah, zunächst gänzlich verschwiegen. Auf S. 39 erwähnt Litten: „Dagegen werden alle diejenigen Umstände und Einflüsse, die die Elastizität der Lunge vermindern (tuberkulöse Infiltrationen, ausgedehnte Verwachsungen, Emphysem), eine Prädisposition zu Läsionen schaffen, welche im geeigneten Falle sich äussert.“ Eine Schwächung der Lungenelastizität ist auch bei R. vorauszusetzen, da er nach eigener Angabe (Bl. 24, T. B. B. G.) seit längerer Zeit brustleidend gewesen war und viel gehustet hatte. Hierzu kommt, dass R. im 54. Lebensjahr stand. Dies erklärt einerseits die geringe Widerstandsfähigkeit gegen die äussere Schädlichkeit, und andererseits den tödtlichen Verlauf der Krankheit — gegenüber der Angabe Littens (der meist jüngere kräftige Leute zur Beobachtung bekommen), dass die Kontusionspneumonie meist mit Genesung ende. Endlich spricht auch die eidliche Aussage der Tochter des R. (Bl. 27 v. R. V. A.), am dritten Tage nach der Erkrankung habe sich Blut im Speichel gezeigt, und dies habe sich mit jedem Tage gesteigert, für Kontusionspneumonie. Denn auch Litten führt (l. c. S. 42) den hämorrhagischen Charakter der Krankheit, d. h. die Neigung zu reichlichem Blutauswurf, als Kennzeichen an und beschreibt den Auswurf (sputum) als rostfarbig und öfter mit reinem Blut vermischt.

Alle diese Erwägungen bestimmen mich zu der Auffassung, dass die Lungenentzündung, an welcher R. in der Nacht vom 4. zum 5. November 1891 erkrankt und am 11. November gestorben ist, die Folge der am Nachmittag des 4. November 1891 erlittenen Ueberschüttung mit dem Karren voll Erde gewesen ist, und ich beantworte daher die mir gestellte Frage dahin, dass mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass der Unfall am 4. November 1891 die Lungenentzündung, an welcher der Arbeiter M. R. am 11. November 1891 im Alter von etwa $53^1/_2$ Jahren gestorben ist, zur Entstehung gebracht hat, so dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tod und dem Unfall besteht.

Gebührenwesen.

Der Taxentwurf in der Berlin-Brandenb. Aerztekammer.

In ihrer Sitzung am 17. d. Mts. hat die Kammer nahezu einstimmig die Abänderungsvorschläge zum Taxentwurf des Herrn Ministers, welche der Vorstand auf Grund der Umfrage bei sämmtlichen mit Standesfragen sich befassenden Vereinen formulirt hatte, angenommen.

Nur zwei Mitglieder lehnten bei der Schlussabstimmung, augenscheinlich aus grundsätzlicher Gegnerschaft gegen jede behördliche Norm für Aerzte, den eingebrachten Antrag ab.

Aus den Verhandlungen dürfte Folgendes interessiren: Von einigen Mitgliedern der Kammer wurde der im Vorstand bereits verworfene Vorschlag des Kollegen Joachim nochmals eingebracht, die Minimalsätze der Taxe nur für Orte der fünften Servisklasse gelten zu lassen und die Vertheuerung der Lebensführung und insbesondere der Berufsspesen der Aerzte in grösseren Städten durch Zuschläge je nach der Höhe der Servisklassen abzugelten. Dagegen sträubten sich, wie schon bei früheren Verhandlungen, namentlich die Mitglieder aus der Provinz. Sie wollten nicht durch Einführung von Differentialtaxen ihre Leistungen in den Augen des Publikums als minderwerthiger wie die der grossstädtischen Kollegen erscheinen lassen. So fiel denn dieser Antrag.

Dafür wurde betont, die Minimalsätze dürften keinesfalls unter die in Berlin und vielen anderen Städten ortsüblichen Mindestforderungen heruntergehen, und falls Aerzte in kleineren Städten sich eventuell mit geringeren Sätzen beim Privatpublikum begnügen müssten, so solle durch die Taxe demselben klar gemacht werden, es handle sich hier um einen freiwilligen Nachlass von Honorargebühren. So wurde die Minimalgebühr für den ersten Besuch auf drei Mark, für die folgenden auf zwei Mark und für die erste Berathung in der Wohnung auf zwei Mark festgesetzt.

Ein zweiter grundsätzlicher Beschluss betraf die Trennung zwischen Gebühren für die übliche Krankenuntersuchung und Berathung einerseits und solche für besondere Verrichtungen behufs eingehender Untersuchung oder behufs von Heilzwecken andererseits. Es soll dadurch die jetzt noch für Streitfälle bestehende, gewiss unbillige Bestimmung ausgemerzt werden, dass entweder nur der Besuch bezw. die Berathung oder nur die Verrichtung bezahlt wird, eine Norm, welche No. 6 des Ministerialentwurfs, wenn für die Verrichtung mehr als zehn Mark liquidirt werden können, festhält.

Bemerkenswerth war die Stellung der Kammer zur Gebührennorm für ein Gutachten.

Der Taxentwurf bestimmt unter No. 23 für einen schriftlichen Krankheitsbericht oder ein Gutachten 3—30 Mark. Der Antrag des Vorstandes trennte schriftlichen Krankheitsbericht und Gutachten; er bewerthete den ersteren mit 3—30 Mark, das letztere mit 5—50 Mark. Dabei wurde wegen der grundsätzlichen Trennung zwischen Untersuchung bezw. Berathung und Verrichtung angenommen, dass ja zu der Gebühr für Abfassung des Gutachtens immer noch ein Satz von mindestens zwei Mark für die Präliminarien der Begutachtung treten müsse, dass meistens sogar ein höherer Zusatz erzielt werden würde, da einem Gutachten in der Regel „besonders eingehende“ Untersuchungen vorhergehen.

Dies genügte der Kammer nicht. Den ärztlichen Praktikern wird es immer deutlicher, wie die schriftliche Meinungsäusserung mit ganz anderem Masse gemessen werden muss, als die mündliche Rathsertheilung. Die erstere erfordert eine besondere geistige Anstrengung, um im Hasten der Tagesarbeit eine zweckmässige und klare Form in der Schilderung der Thatsachen und Begründung der Schlüsse zu finden, sie macht ihren Verfasser in besonders hohem Grade verantwortlich und haftpflichtig. Dies wollte die Kammer auch in der Honorarnorm zum Austrag bringen und erhöhte die Minimaltaxe für ein Gutachten auf zehn Mark.

Ferner wurden von den spezialistischen Verrichtungen namentlich die gynäkologischen unter Berücksichtigung der Vorschläge der geburtshülflichen Gesellschaft umgestaltet. Es wurde insbesondere, um jede Polypragmasie einzudämmen, die Gebühr für die natürliche Entbindung möglichst der für die mit Kunsthilfe gleichgestellt.

Endlich wurde aus der Taxe die Bestimmung ausgemerzt, dass im Falle eines Konkurses die niedrigsten Sätze jedes Mal zur Anwendung kommen müssten, denn dies würde eine Verschlechterung gegenüber den jetzigen Vorschriften bedeuten.

Hoffentlich fallen die Vorschläge der anderen Kammern ähnlich aus, so dass dem Herrn Minister die dringendsten Wünsche unseres hart umdrängten Standes durch ein Majoritätsvotum vor Augen geführt werden. L.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Simulation trotz bezüglichen ärztlichen Gutachtens nicht als erwiesen angenommen.

Ein Arbeiter Stötzer behauptete, sich beim Roden von Holz das Schultergelenk verletzt zu haben. Nachdem Dr. Krause sich zu Gunsten des Stötzer ausgesprochen hatte, gab die Gothaische landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft dem Verletzten eine Rente. Nachdem aber der Geheime Medizinalrath Dr. Meusel erklärt hatte, für die Klagen des Verletzten keinen greifbaren Anhalt zu finden, und nachdem Dr. Boeckmann Stötzer als einen Simulanten hingestellt hatte, stellte die Berufsgenossenschaft jede Rentenzahlung ein. Das Schiedsgericht verurtheilte jedoch die Beklagte, auch fernerhin an den Verletzten eine Rente zu zahlen. Die Beklagte hat gegen das vorbezeichnete Urtheil rechtzeitig Rekurs eingelegt. Sie hält durch das Gutachten des Dr. Boeckmann vom 10. März 1894 in Verbindung mit der Aeusserung des Geheimen Medizinalraths Dr. Meusel zu Gotha vom 16. April 1891 für erwiesen, dass der Kläger ein Simulant sei, und beantragt deshalb, unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung ihren Bescheid vom 12. März 1894 wieder herzustellen. Der Kläger, vertreten durch den Reichstagsabgeordneten Grillenberger, bestritt aber jede Simulation und beantragte die Zurückweisung des Rekurses. Diesem Antrage entsprechend wurde der Rekurs des Beklagten sodann mit folgender Begründung zurückgewiesen: Der Sachverständige Dr. med. Boeckmann in Mühlhausen i. Th., in dessen Heilanstalt der Kläger in der Zeit vom 26. Februar bis 6. März 1894 beobachtet und behandelt worden ist, führt in seinem Gutachten vom 10. März 1894 aus, dass er zunächst durch passive Bewegungen festgestellt habe, dass die sämmtlichen Gelenke des rechten Armes des Klägers normal beweglich sind; sodann habe er durch Anwendung des faradischen Stromes ermittelt, dass die Nerven und Muskeln des rechten Armes und der rechten Schulter wie beim gesunden und unverletzten Menschen reagirten; endlich habe er auch die aktive Beweglichkeit der rechten Schulter, des rechten Armes und der rechten Hand auf folgende Weise festgestellt: Im Laufe der elektrischen Behandlung habe Stötzer sich gemerkt, welche Muskelgruppen eine Bewegung auslösten, wenn bestimmte Punkte der Haut mit den Elektroden berührt wurden, und habe sich schnell gewöhnt, diese Bewegung durch Anspannung der entgegengesetzt wirkenden Muskeln zu hemmen. Nachdem Stötzer gelernt habe, für die Hauptbewegungen diese Hemmung prompt eintreten zu lassen, was ihm anfangs nicht gelungen sei, habe der Sachverständige hin und wieder den Strom ausgeschaltet, während die Elektroden die gewohnten Stellen berührten. Das Ergebniss sei gewesen, dass Stötzer die von ihm für nöthig gehaltenen Bewegungen normal ausführte, und zwar ganz selbständig mit eigener Kraft; denn die mit dem elektrischen Strom ausser Verbindung gesetzten Elektroden hätten keinen physischen, sondern nur einen psychischen Einfluss auf Stötzers Bewegungen haben können. Der Sachverständige kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Ergebniss, dass der Kläger sein Leiden simulire, und als vollkommen erwerbsfähig zu erachten sei. Das Reichs-Versicherungsamt hat in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht den Nachweis der Simulation nicht für hinreichend erbracht anzusehen vermocht. Wenn auch durch die Beobachtungen des ärztlichen Sachverständigen festgestellt ist, dass der Kläger bei den an ihm vorgenommenen Versuchen in der That die einzelnen Muskelgruppen des rechten Armes ohne Einwirkung durch den elektrischen Strom selbstthätig bewegt hat, so ist doch zu berücksichtigen, dass erfahrungsgemäss die Anwendung des elektrischen Stromes häufig eine starke psychische Einwirkung auf die damit behandelte Person ausübt, wie dies ja auch der Sachverständige bei dem Kläger annimmt, und dass deshalb keineswegs ausgeschlossen ist, dass die Muskelbewegungen, welche den Sachverständigen zur Annahme der Simulation veranlasst haben, wenigstens bis zu einem gewissen Grade unter diesem starken psychischen Einfluss vom Kläger unwillkürlich und ohne die Absicht der Täuschung ausgeführt worden sind. Weiterhin hat der Sachverständige zwar festgestellt, dass die Nerven und Muskeln des rechten Armes bei Anwendung des faradischen Stromes wie bei einem gesunden Manne reagirten. Es scheint hierdurch aber nicht unbedingt ausgeschlossen, dass etwa die Nerven und Muskeln nach anderer Richtung eine abnorme Beschaffenheit aufweisen, die auf die Gebrauchsfähigkeit des Armes von nachtheiligen Einfluss ist. Hierzu kommt noch — was für zweifelhafte Fälle von der Art des vorliegenden erheblich ins Gewicht fällt —, dass die von dem Schiedsgericht über die Persönlichkeit des Klägers eingezogenen amtlichen Auskünfte für diesen in sehr hohem Grade günstig lauten und gegen die Annahme einer Simulation sprechen, und endlich, dass auch das Schiedsgericht auf Grund des persönlichen Eindrucks sich von der Glaubwürdigkeit des Klägers überzeugt und nach sorgfältiger Prüfung aller obwaltenden Umstände auf die Wahrscheinlichkeit einer Simulation hin letztere verneint hat. Mit Rücksicht auf alle diese Gesichtspunkte, und nachdem die Beklagte das Vorhandensein der von dem Kläger behaupteten Unfallfolgen durch ihre früheren Rentenfestsetzungsbescheide rechtskräftig anerkannt hat, konnte das Rekursgericht durch das Gutachten des Dr. Boeckmann vom 10. März 1894 nicht als hinreichend erwiesen erachten, dass bei dem Kläger in der That keinerlei nachtheilige Folgen des Unfalls vorhanden sind. Hiernach musste dem Rekurs der Beklagten der Erfolg versagt werden. M.

Aus dem Reichsgericht.

Urtheil des Reichsgerichtes (IV. Strafsenates) vom 5. Februar 1895.

Begriff „Verdorbensein" im Sinne des § 10 des Nahrungsmittelgesetzes vom 14. Mai 1879 und des § 367, No. 7 des R.-Str.-G.-B.

Nach Inhalt des angefochtenen Urtheiles hat der Angeklagte das Fleisch von einer im kranken Zustande geschlachteten Kuh als Nahrungsmittel für Menschen verkauft. Eine Zuwiderhandlung gegen das Gesetz über den Verkehr mit Nahrungsmitteln vom 14. Mai 1879 ist hierin nicht erblickt worden, weil weder feststeht, dass der Genuss des Fleisches die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet war, noch Beweis dafür vorliegt, dass der Angeklagte den Käufern die Thatsache, dass das Fleisch von einer kranken Kuh herrührte, verschwiegen hat. Dagegen ist der Angeklagte einer Uebertretung des § 367, No. 7 St.-G.-B. schuldig befunden worden, weil das zum Verkaufe gebrachte Fleisch verdorben gewesen sei. Die Feststellung des Verdorbenseins ist darauf gestützt, dass das verkaufte Fleisch von dem normalen Zustande, welchen das Fleisch gesunder Thiere aufweise, zum Schlechteren verändert, sein Nähr- und Genusswerth vermindert gewesen sei, da die Ausblutung von Thieren, welche wegen schwerer innerer Erkrankung nothgeschlachtet würden, in der Regel eine unvollständige sei, das Fleisch deshalb rascher der Fäulniss an-

heimfalle und nicht recht aufbewahrt oder zu Würsten verarbeitet werden könne. Die gegen diese Entscheidung sowohl von dem Angeklagten als von der Staatsanwaltschaft zu Gunsten des Angeklagten erfolgte Revision ist begründet. Anerkannt ist in der Rechtsprechung, dass die Strafvorschrift des § 367, No. 7 a. a. O. neben dem Gesetze vom 14. Mai 1879 ihre Geltung nicht verloren hat. Auch kann kein Zweifel darüber aufkommen, dass insoweit als nicht der Thatbestand der §§ 10 und 11 des Gesetzes vom 4. Mai 1870 gegeben ist, ebenso wie das Feilhalten auch der Verkauf verdorbenen Fleisches der Strafvorschrift des § 367, No. 7 a. a. O. unterliegen muss. Ferner hat es keine rechtliche Basis, dass der Begriff des Verdorbenseins in § 367 a. a. O. nicht der nämliche sei wie in dem Gesetze vom 14. Mai 1879.

In anderer Hinsicht aber ist dieser Begriff von dem Vorderrichter falsch aufgefasst worden. Als verdorben im Sinne des einen und des anderen der oben angezogenen Gesetze gelten Nahrungsmittel, die entweder nach ihrer fertigen Herstellung oder bereits in ihrem Entwickelungsstadium nachtheilige Veränderungen erlitten haben, durch welche ihre Tauglichkeit und Verwerthbarkeit entweder ganz aufgehoben oder in dem Vergleiche zu dem normalen Zustande gemindert worden ist. Allein insoweit das Verdorbensein einer zum Verkaufe gebrachten Waare nur aus der Abweichung von dem normalen hergeleitet werden soll, muss der vermuthliche Wille der den Verkauf schliessenden Personen, die Erwartung, welche nach den Umständen des Falles der Käufer hinsichtlich der Beschaffenheit der Waare hegen durfte, für die Bestimmung des Normalen als massgebend angesehen werden.

Da nun nach den hier getroffenen Feststellungen das von dem Angeklagten verkaufte Fleisch zum Genusse für Menschen nicht überhaupt untauglich war, eine Abweichung von dem normalen Zustande nur insofern vorlag, als das Fleisch weniger haltbar war und die Käufer von dem Thatumstande, in welchem die Minderung der Haltbarkeit ihren Grund hatte, in Kenntniss gesetzt worden waren, eine bessere Beschaffenheit der Waare also nicht erwarten konnten, so fehlt es an der nöthigen Voraussetzung für die Annahme des Verdorbenseins.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte).

Aus dem Kgl. Landgericht I zu Berlin.

Urtheil vom 3. September 1894 wider den Sanitätsrath Dr. H. und den prakt. Arzt Dr. W. zu B.

Strafbarkeit eines Arztes, welcher die vorgeschriebene Anzeige einer in seiner Praxis vorgekommenen Diphtherie-Erkrankung unterlässt.

Gründe:

Gegen die Angeklagten ist das Hauptverfahren auf Grund des § 327 Straf-Gesetz-Buchs*) und der §§ 1, 2 der Berliner Polizeiverordnung vom 31. August 1884 eröffnet.

Aus den glaubwürdigen Angaben der Angeklagten ergiebt sich folgender Sachverhalt:

Am 4. Februar 1894 übernahm der Angeklagte Dr. H. von dem Sanitätsrath E., welchen er vertrat, die Behandlung des erkrankten Knaben H. Sch., eines Sohnes des Mitinhabers des Monopolhôtels. Die Untersuchung ergab Entzündung des Halses, hohes Fieber und Vorhandensein kleiner weisser Punkte auf der rechten Mandel. E. hatte nur allgemeine Mittel (Eisen, Chinin, Gurgelwasser) verschrieben und dem Angeklagten keine Mittheilung über eine bestimmte Krankheit gemacht. Letzterer vermuthete Scharlach, hielt aber auch das Hinzutreten von Diphtheritis für möglich und richtete auch die Behandlung hiernach, zog eine graue Schwester als Pflegerin hinzu, liess das Kind isoliren und einen Dampfzerstäuber mit Desinfektionsmitteln im Zimmer aufstellen. Am 3. Tage — dem 7. Februar — stellte sich Heiserkeit bei dem Kinde ein, der Angeklagte zog noch einen zweiten Arzt, Professor S., hinzu und beide stellten am 8. Februar das Vorhandensein von Diphtheritis fest. Am selben Tage wurde das Kind in die Königliche Klinik gebracht und starb dort am 10. Februar. Eine Anzeige von diesem Diphtheritisfall an die Sänitätskommission, wie in der oben erwähnten Verordnung vorgeschrieben ist, wurde nicht erstattet. Nach Ueberführung des Kindes wurde die Wohnung durch die städtische Desinfektionsanstalt auf Anordnung des Angeklagten gereinigt, inbesondere die Tapeten abgerissen und die Fussböden gestrichen.

Am 6. Februar gab der Direktor D. im Monopolhôtel eine grössere Gesellschaft, bei welcher der Kellner G. bediente und auch mehrfach der Vater des erkrankten Kindes, Sch., erschien, obwohl er auch das Kind öfter aufsuchte. Kurz nach der Gesellschaft erkrankten mehrere Theilnehmer derselben an Diphtheritis, desgleichen am 8. Februar G., am 12. das Hausmädchen K.

G. ging am 9. Februar zu dem Angeklagten Dr. W. als dem Kassenarzt, ebenso später das Hausmädchen. Der Angeklagte W. stellte bei Beiden Diphtheritis fest und schickte sie nach der Königlichen Charité. Zwei Theilnehmer jener Gesellschaft und G. sind dann gestorben. Eine Anzeige an die Sanitätskommission im Sinne der Verordnung ist auch von Dr. W. nicht erstattet.

Beide Angeklagte führen zu ihrer Entschuldigung an:

1. Sofort mit Feststellung der Diphtheritis bei den betreffenden Kranken hätten sie die Behandlung derselben eingestellt, letztere sei auf öffentliche Krankenanstalten übergegangen, „in ihrer Praxis“ sei sonach die Erkrankung an Diphtheritis nicht vorgekommen, und § 1 der Verordnung greife deshalb nicht Platz.

2. Sie hätten angenommen, dass die Klinik bezw. die Charité die Anzeige erstatte.

3. H.: Er habe selbst nach Feststellung der Diphtheritis mehr zur Verhütung der Weiterverbreitung gethan, als erforderlich und als seitens der Polizei hätte veranlasst werden können. Er habe den Zweck der Verordnung nur als einen statistischen angesehen.

W.: Er habe sich im Hôtel überzeugt, dass daselbst bereits die städtische Desinfektionsanstalt das Nöthige veranlasst und ausgeführt hatte, und deswegen auch geglaubt, dass die Anzeige schon erstattet sei.

Bei Beurtheilung der Schuldfrage ist zunächst anzuerkennen, dass objektiv die Voraussetzungen der Verordnung vorliegen. Der Einwand, dass es sich nicht um „eine in der Praxis vorgekommene Erkrankung“ handele, ist verfehlt. Nach dem ganzen Sinne der Verordnung kann nicht zweifelhaft sein, dass sie jeden Fall treffen will, in dem ein Arzt, in dieser Eigenschaft von oder bei einem Kranken zu Rath gezogen, das Vorhandensein von Diphtheritis feststellt. Praxis ist die Berufsthätigkeit des Arztes, und zu dieser würde auch schon ein Fall gehören, in dem der Arzt lediglich zu dem Zweck gerufen wird und thätig ist, um festzustellen, welche Krankheit vorliegt, ein Fall, der im Leben häufig vorkommt. Beide Angeklagte haben sonach die in ihrer Praxis vorgekommenen Diphtheritiserkrankungen erkannt, der Sanitätskommission aber nicht angezeigt und also gegen die Verordnung verstossen. Die Wirksamkeit derselben an sich bezw. die Zuständigkeit des Polizeipräsidiums ist unbedenklich, auch von keiner Seite in Frage gezogen.

*) Derselbe lautet: Wer die Absperrungs- oder Aufsichtsmassregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung der Einfuhr oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet werden, wissentlich verletzt, wird mit Gefängniss bis zu zwei Jahren bestraft. Ist in Folge der Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen, so tritt Gefängniss von drei Monaten bis drei Jahren ein.

Was nun die Anwendbarkeit des § 327 St.-G.-B. betrifft, so wird von den Angeklagten mit Unrecht der fraglichen Verordnung der Charakter einer „Aufsichtsmassregel zur Verhütung des Verbreitens einer ansteckenden Krankheit“ abgesprochen und eine lediglich statistische Bedeutung beigelegt. So weit dies darauf gestützt wird, dass sonst die Verordnung in irgend einer Weise sich auf § 327 St.-G.-B. hätte beziehen müssen, so ist eine solche Bezugnahme nicht erforderlich, zumal die Verordnung auch über den Rahmen des § 327 hinausgeht, insbesondere auch die Fahrlässigkeit trifft. Die Strafabsicht der Verordnung ist nur eine eventuelle, eine Kollision mit der Bestimmung des Strafgesetzbuches auch schon durch Artikel 2 der Reichsverfassung ausgeschlossen. Dass im Uebrigen die Verordnung als Aufsichtsmassregel im Sinne des § 327 und nicht statistischen Zwecken dienen soll, ergiebt sich aus dem ausdrücklichen Hinweis auf die Königliche Sanitätskommission, für welche ein besonderes eingehendes Regulativ vom 28. Oktober 1835 (Ges.-S. S. 239 ff.) über Vorbeugungs- und Verhütungsmassregeln bei ansteckenden Krankheiten gegeben ist, die also mit statistischen Zwecken nichts zu schaffen hat, und aus den wiederholten Bekanntmachungen des Polizeipräsidiums (so vom 19. Juli 1886 und 3. Juli 1889), deren letztere der Angeklagte H. zugestandenermassen kennt, und in denen unter Hinweis auf das Regulativ die Anzeigepflicht eingeschärft wird. Dasselbe folgt aus den späteren Verordnungen, in denen Anweisungen zur Desinfektion ertheilt sind im Anschluss an die Errichtung des städtischen Instituts der Desinfektionsanstalt. Eine Aufsicht kann die Polizei eben nur ausüben, wenn sie Kenntniss von den einzelnen Fällen erhält, also nur durch die Anzeige. Ob und was die Polizei auf die Anzeige veranlasst, ob insbesondere, wie die Angeklagten behaupten, meistens nichts geschieht, ist unerheblich für den objektiven Verstoss der Angeklagten gegen die Verordnung und würde vielleicht nur eine Pflichtverletzung der Polizei ergeben, welche die Pflichtverletzung der Angeklagten nicht beseitigt.

§ 327 St.-G.-B., der sonach an sich auf den vorliegenden Fall anwendbar ist, verlangt indessen „Wissentlichkeit“ der Verletzung. Diese Wissentlichkeit setzt aber nicht nur Kenntniss der verletzten Anordnung und ihres Zwecks, sondern auch das Bewusstsein voraus, dass der Verletzende durch sein Verhalten der Anordnung zuwiderhandelt; dies gilt insbesondere auch für das hier vorliegende Unterlassungsvergehen.

Nach dem obigen Thatbestande hat das Gericht den Angeklagten geglaubt, dass ihnen bei Unterlassung der Anzeige jenes Bewusstsein gefehlt hat. Es ist glaublich, dass die Angeklagten sich in dem Irrthum befanden, durch die angeordneten Desinfektionsmassregeln und die von den öffentlichen Krankenanstalten zu erwartenden Diphtherieanzeigen sei der Zweck der Verordnung erfüllt und derselben Genüge geschehen. Dieser Irrthum, selbst wenn er unentschuldbar ist, genügt aber zur Ausschliessung des § 327 St.-G.-B. Er ist kein Rechtsirrthum — auf den sich die Angeklagten allerdings nicht berufen könnten — denn er enthält keine irrige Auslegung des Strafgesetzes, sondern eine irrige Annahme über die Tragweite der Polizeiverordnung. Hiernach kommt § 327 St.-G.-B. überhaupt nicht zur Anwendung und kann deshalb auch unentschieden bleiben, in wie weit Absatz 2 a. a. O. Platz greifen würde.

Dagegen liegt nach dem bereits Erwähnten ein Verstoss gegen die Polizeiverordnung vom 31. August 1884 vor, bei dem — da es sich um eine zwingende Vorschrift handelt — auf den Irrthum nichts ankommt, vielmehr schon die blosse Fahrlässigkeit strafbar ist.

Wenn nun auch ein ursächlicher Zusammenhang der weiteren Erkrankungen und Todesfälle bei den im Monopolhotel anwesend Gewesenen mit der Unterlassung der Angeklagten nicht nachgewiesen ist, so erschien doch mit Rücksicht auf Stellung und Bildungsgrad der Angeklagten, sowie auf die bisher offenbar weit verbreitete Nachlässigkeit in Befolgung der Verordnung eine nachdrücklichere Einschärfung derselben und eine Geldstrafe von je 30 Mark angemessen.

Bücherbesprechungen.

Eber, W., Instruktion zur Untersuchung animaler Nahrungsmittel auf Fäulniss. Berlin, Richard Schoetz.

Das kleine Büchelchen behandelt in instruktiver Weise einen Gegenstand, mit welchem sich bekannt zu machen kein Arzt versäumen sollte, da er sehr oft in die Lage kommen kann, nicht nur der Behörde, sondern auch seinen Patienten gegenüber sich gutachtlich darüber zu äussern. Es bespricht in kurz gefasster Darstellung die Methodik der Untersuchung, die Diagnose und die Beurtheilung des Verdorbenseins und der Gesundheitsschädlichkeit der animalen Nahrungsmittel, und giebt Citate aus den einschlägigen Reichsgesetzen betr. den Verkehr mit Nahrungs-, Genussmitteln etc. und die bezüglichen Reichsgerichtsentscheidungen; endlich bietet es eine Anleitung zur Begutachtung der animalen Nahrungsmittel mit einer Reihe von Beispielen.

Schlichter, Dr. Felix, Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. Wien, 1894. Josef Lafar.

Ein ausserordentlich praktisches Buch. Wie oft kommt der Arzt in die Lage, als Sachverständiger der Familie eine Amme begutachten zu müssen. Auch dies ist wieder eine Thätigkeit, für welche sich vorzubereiten ihm in den Kliniken kaum Gelegenheit geboten wird; und doch hat er gerade hierbei, wie der Verfasser sehr richtig bemerkt, seine ganze Gewandtheit nöthig, um den ihm gelegten Fallstricken der Ammenvermittlerinnen, der Grossmütter u. s. w. zu entgehen, um das Wohl des Kindes zu wahren. — In seiner sehr bemerkenswerthen Schrift führt Verfasser aus, dass eigentlich nur zwei Eigenschaften von einer Amme verlangt werden müssten, erstens das Vorhandensein einer entsprechenden Milch und zweitens die Abwesenheit aller konstitutionellen oder akuten schweren Krankheiten. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass weniger die Qualität als die Quantität der Milch der Amme Gegenstand der Untersuchung sei, und dass selbst grosse Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch bei genügender Quantität derselben auf das Gedeihen des Kindes keinen Einfluss ausüben; damit fiele auch die Forderung einer bestimmten Rasse, eines bestimmten Alters, eines bestimmten Zeitpunktes der Entbindung der Amme als eines das Gedeihen jedes Kindes direkt beeinflussenden Momentes, und es bliebe als einzige, aber unumgängliche Vorbedingung zur Tauglichkeit zum Säugungsgeschäfte die Sekretion einer genügenden Quantität Milch bei gleichzeitigem einwurfsfreien Gesundheitszustande der Amme.

Schreiber, Dr. E. M. (Dr. E. Clasen), Die Arzneitaxe für Aerzte. Eine Anleitung zum billigen Verordnen von Arzneien. 3. Auflage, 1895, Frankfurt a. M. Johannes Alt.

Das bewährte Büchelchen erscheint in dritter Auflage, die nur wenig gegen die früheren verändert ist, und kann allen Aerzten, insbesondere den Kassenärzten, welchen billige Verschreibweise ihrer Arzneien zur Pflicht gemacht ist, nur angelegentlichst empfohlen werden.

Kaliske, Dr. med. F., Therapeutisches Vademecum für praktische Aerzte, insbesondere für Bahn- und Kassenärzte. Berlin 1895, S. Karger.

Das handliche kleine Buch giebt dem Kassenarzt nicht nur die Anleitung zum Verschreiben billiger Rezepte, sondern

will ihm auch die Möglichkeit geben, die vom Apotheker austaxirten Rezepte genau nach der Medizinaltaxe zu revidiren. Es ist ein alphabetisches Verzeichniss der am häufigsten vorkommenden Krankheiten eingefügt, sowie am Schluss beigegeben die Maximaldosen und ein Register der Arzneimittel mit Angabe ihrer Preise und den dazu gehörigen Rezeptformeln.

Tagesgeschichte.

Tod durch Chloralhydrat.

Wir berichten über den folgenden für die gesammte Aerzteschaft wichtigen Fall schon vor Entscheidung der angerufenen Revisionsinstanz, um einige Irrthümer der Tagespresse richtig zu stellen.

Am 12. Juni wurde vor der I. Strafkammer des hiesigen Landgerichts I gegen den praktischen Arzt Dr. X. verhandelt, welchem fahrlässige Tödtung unter Vernachlässigung einer Berufspflicht zur Last gelegt wurde. Der Angeklagte war Hausarzt bei dem Hofmarschallamts-Sekretair W. Frau W., eine dem Arzt als nervös bekannte Dame, litt sehr stark an Zahn- und Gesichtsschmerzen und in Folge dessen an Schlaflosigkeit. Am 22. Mai v. J. erschien sie in der Sprechstunde und bat dringend um ein Mittel, um endlich einmal zu schlafen, wobei sie bemerkte, früher habe ihr aus gleichem Anlass Chloral gut gethan. Der Arzt wusste, dass sie auf Narkotika schwer reagirte. Er verordnete ihr Chloralhydrat in Lösung und schrieb auf das Rezept: „In zwei Portionen vor dem Schlafengehen zu nehmen.“ Nach seiner Behauptung hat er diese Verordnung mündlich noch dahin ergänzt: sie solle, nachdem sie nun schon mehrere Nächte nicht geschlafen, einmal um 5 Uhr Nachmittags zu Bett gehen, vorher die erste halbe Portion Chloralhydrat nehmen und, falls sie etwa nach 5 Stunden wieder erwachen und Schmerzen haben sollte, noch einen Theelöffel voll einnehmen. Die Wirthschafterin des Arztes bestätigte auch, dass er beim Weggehen der Dame noch gesagt hatte: „Seien Sie vorsichtig, sehr vorsichtig.“ Die Menge des verschriebenen Chloralhydrats betrug 6 Gramm, ein Theelöffel der Lösung hätte noch nicht 1 Gramm betragen. Der Apotheker hatte auf die Medizinflasche gleichfalls geschrieben: „In zwei Portionen vor dem Schlafengehen zu nehmen.“ In der Familie der Frau W. verstand man die Anordnung so, dass die ganze Menge kurz hintereinander vor einmaligem Schlafengehen zu nehmen sei. Die Auffassung bestätigte auch Frau W. Frau W. nahm die erste Portion in der zehnten Abendstunde, sie gerieth in einen gelinden Rausch, wurde nach Ueberwindung desselben ins Bett gebracht und nahm innerhalb einer halben Stunde die zweite Portion ein. Gegen 4 Uhr Morgens war die Frau eine Leiche. Der schleunigst herbeigeholte Angeklagte konnte nur noch den eingetretenen Tod feststellen. Dem Angeklagten wurde zur Last gelegt, dass er sich darauf beschränkt habe, der in Folge ihrer Schmerzen zerstreuten Frau die Instruktion mündlich zu machen, anstatt sie in nicht misszuverstehender Art aufzuschreiben. Die knappe Bemerkung: „In zwei Portionen vor dem Schlafengehen zu nehmen“ war geeignet, Missverständnissen Thor und Thür zu öffnen. — Der Angeklagte behauptete, dass er der Frau mündlich ganz genaue Vorschriften gegeben habe, die von dieser auch verstanden worden seien. Wenn die Kranke auch durch die Schmerzen mitgenommen und nervös gewesen sei, so sei sie doch in ihrem Auffassungsvermögen nicht gestört gewesen. — Nach dem Gutachten des Chemikers Dr. Bischoff ist Chloral in grösserer Menge in der Leiche und zwar zum Theil noch unzersetzt vorgefunden worden. Quantitativ liesse sich diese Menge nicht bestimmen. — Professor Dr. Strassmann begutachtete: Der anatomische Befund sei negativ gewesen, doch sei nach dem chemischen Nachweis und den ganzen Umständen des Vorfalles der Tod durch das Chloral verursacht. Die Frau habe zweifellos eine recht grosse Chloralgabe genommen. Eine Gabe von 6 Gramm müsse aber nicht unbedingt den Tod zur Folge haben; bei Einführung des Chlorals in die Pharmakopöe seien grössere Dosen gegeben worden, die erst später reduzirt wurden. Nach den neueren Erhebungen seien Todesfälle unter 8 Gramm als Ausnahme zu betrachten. Hätte der Angeklagte die Anordnung so getroffen, wie die Verstorbene behauptete, so hätte der Angeklagte einen ungünstigen Ausgang als möglich voraussehen müssen; hat er die Anordnung so getroffen, wie er behauptet, so ist dieselbe gerechtfertigt. Die höchste Einzeldosis sei früher auf 4 Gramm festgesetzt gewesen, sie betrage jetzt 3 Gramm. Vorsichtiger wäre es gewesen, wenn der Angeklagte seine Instruktion nicht blos mündlich, sondern auch schriftlich ausführlich und recht klar ertheilt hätte. — Rechts-Anwalt Dr. Schachtel machte darauf aufmerksam, dass nach Professor Ewald und Med.-Rath Bornträger Todesfälle bei Verabreichung von weniger als 8 Gramm Chloralhydrat immer Zweifel offen lassen und dass nach der Sektion die verstorbene Frau eine kleine Fettpolsterung am Herzen hatte. — Staatsanwalt Oppermann erblickte die pflichtwidrige Fahrlässigkeit des Angeklagten darin, dass seine schriftliche Ordination das direkte Gegentheil von der mündlichen besagte. Bei einer nervös erregten, schmerzgeplagten Frau hätte er durch schriftliche Fixirung seiner Verordnung dafür sorgen müssen, dass letztere nicht missverstanden werde. Der Staatsanwalt beantragte einen Monat Gefängniss. Die Rechts-Anwälte Dr. Schachtel und Max Hahn plaidirten auf Freisprechung des Angeklagten, dem ein strafbares Verschulden nicht vorzuwerfen sei. — Der Gerichtshof erachtete eine strafbare Fahrlässigkeit für vorliegend und erkannte nach dem Antrage des Staatsanwalts.

Aus der mündlichen Urtheilsverkündigung ging hervor: Der Gerichtshof schenkte dem Angeschuldigten überhaupt in der Beziehung nicht Glauben, dass er durch eine mündliche Verordnung es habe erreichen wollen, dass die Kranke an demselben Abend auf keinen Fall die ganze zweite Portion hätte nehmen sollen. Jedenfalls hätte er die Nothwendigkeit eines grösseren Zwischenraumes zwischen den beiden Gaben durch schriftliche Signatur auch für die Umgebung kenntlich machen müssen.

Aus der staatsanwaltschaftlichen Replik ging hervor, dass die Verantwortlichkeit des Arztes für ein Missverständniss fortbestanden hätte, auch wenn er das Uebliche „nach Vorschrift“ zugefügt gehabt hätte. L.

Erklärung.

Mit Bezug auf die referirte Verhandlung vor dem Reichs-Versicherungsamt in der Nummer 3 dieser Zeitung ist der Unterzeichnete von Herrn Geheimrath Dr. Kries um die Erklärung ersucht, wie Letzterer mit Bedauern davon Kenntniss erhalten hat, dass eine von ihm bei der Publikation einer Entscheidung gethane Aeusserung, welche missverstanden und in der Presse unrichtig wiedergegeben worden, dahin aufgefasst ist, als ob dadurch Zweifel an der bona fides einzelner Anstaltsärzte hätten angeregt werden sollen. Es hat Herrn Geheimrath Kries fern gelegen, einem solchen Zweifel Ausdruck geben zu wollen; er hat nur das naturgemässe Streben im Auge gehabt, welches in der Regel jeder Mensch hat, innerhalb der Grenzen der wirklich oder doch nach seiner Meinung bestehenden Verhältnisse den Erfolg seiner Thätigkeit in ein möglichst günstiges Licht gesetzt zu sehen.

Dr. L. Becker.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 14.** **Ausgegeben am 15. Juli.**

Beitrag zur traumatischen Entstehung der Zuckerkrankheit.

Von

Dr. **Otto Braehmer**-Berlin,
Sanitätsrath.

Der Zusammenhang von Trauma und Diabetes mellitus ist für den Eisenbahnarzt, sowie für jeden Arzt, der bei Feststellung von Entschädigungen und Unfallrenten Gutachten abzugeben hat, von grosser praktischer Bedeutung. Der Ausgangspunkt unserer Betrachtung sei folgender, in mehr als einer Beziehung lehrreiche Fall:

Am 30. Mai 1894 fand auf dem Bahnhof Spandau ein Zusammenstoss zwischen einem von Berlin kommenden Eilgüterzug und einem von Spandau abgehenden Vorortszug statt. Die Ankunftszeit des ersteren und die Abfahrtszeit des letzteren war nach dem Fahrplan dieselbe; gewöhnlich fuhr unmittelbar nach Einfahrt des Güterzuges der Vorortszug ab. An diesem Tage war, in der Annahme, der Güterzug verspäte sich, das Ausfahrtsignal vor der Einfahrt gegeben. Kaum hatte der Vorortszug sich in Bewegung gesetzt, als der Güterzug sich näherte und 210 Meter von der Abfahrtstelle des Vorortszuges auf denselben stiess. In Folge des Zusammenstosses wurden mehrere Personen- und Güterwagen erheblich beschädigt, ebenso erlitten verschiedene, zum Zugpersonal beider Züge gehörende Personen, sowie auch Reisende, Körperverletzungen. Die Schuld an dem Zusammenstosse wurde dem Lokomotivführer G. beigemessen und derselbe zur gerichtlichen Verantwortung gezogen. Demselben wurde vorgeworfen, weder das Hauptsignal noch das Vorsignal, die beide rechtzeitig auf „Halt“ gestanden hätten, beobachtet zu haben, während G. selbst noch beim Vorbeifahren an dem Fahrsignal sowohl dieses als das Hauptsignal auf „freie Fahrt“ gestellt gesehen haben will. Erst 50 Meter vom Hauptsignal entfernt habe er aufgesehen und wahrgenommen, dass der Signalarm auf „Halt“ deute. Er habe nun sofort das Bremssignal und das Nothsignal gegeben, den Zusammenstoss aber nicht mehr vermeiden können.

Die Aussagen der Zeugen widersprachen sich: Während das Personal des Güterzuges im Wesentlichen die Aussagen des G. bestätigte, behaupteten die Zeugen des Stations-, Bahnbewachungs-, sowie des Zugpersonals vom Vorortzug, dass das Haltesignal rechtzeitig gegeben sei. Zur Klärung der Sachlage wurden vielfach Lokaltermine abgehalten und Sachverständige vernommen. Bei den widersprechenden Angaben der Zeugen, von denen jede Gruppe das grösste Interesse daran hatte, den Hergang so darzustellen, dass sie nicht für die Folgen verantwortlich gemacht werden konnte, kam die erste Strafkammer des Kgl. Landgerichts I Berlin am 27. Mai d. J. zu einem „non liquet“ und sprach den Angeklagten frei.

Von dem Personal des Güterzuges waren durch den Unfall drei Beamte verletzt worden, die wenige Stunden nachher in meine ärztliche Beobachtung kamen: der Zugführer M. mit einer Stirnwunde, die er durch Schleudern gegen den Ofen des Dienstabtheils erhalten hatte, der Heizer Z. mit Kontusionen und Hautabschürfungen, welche ihm durch die vom Tender her sich über ihn ergiessenden und ihn fast ganz bedeckenden Kohlenstücke beigebracht waren, endlich der Lokomotivführer G. Die ersten beiden waren nach acht Tagen vollkommen geheilt und konnten ihren Dienst wieder aufnehmen.

Der Führer G. zeigte zunächst das allen Bahnärzten bekannte Bild, welches fast jeder von einem Eisenbahnunfall Betroffene in den ersten Stunden darbietet: stark geröthetes Gesicht, spannendes unruhiges Auge, beschleunigte Herzthätigkeit, grosse Erregung in Sprache und bei jeder Bewegung, plötzliches Zusammenschrecken bei jeder Erwähnung der soeben überstandenen Gefahr. Die Untersuchung ergab das Fehlen jeder äusseren Verletzung. G. berichtete, dass er, nachdem er das Haltesignal gesehen, mit aller Kraft gebremst habe. Als er jedoch den Vorortzug in Bewegung gesehen, sei ihm klar gewesen, dass der Zusammenstoss wohl sehr abzuschwächen aber nicht mehr zu vermeiden sei. Die eine Hand am Regulator, die andere an der Bremsvorrichtung habe er ausgeharrt und sei im Augenblick des Zusammenstosses hin- und hergeschüttelt worden, ohne jedoch umzufallen; äussere Verletzungen habe er nicht davongetragen.

Ich setzte G. zunächst ausser Dienst und beschied ihn zur weiteren Beobachtung am nächsten Tage zu mir. G., 48 Jahre alt, seit 21 Jahren mit Familie meiner ärztlichen Aufsicht anvertraut, war während dieser ganzen Zeit frei von ernsteren

Erkrankungen, wovon ich mich noch kurz vor dem Unfall überzeugen konnte. Am nächsten Tage kam er zu mir mit Klagen über Mattigkeit und grossen Durst, der sich in der Nacht nach dem Unfall eingestellt habe. Der von mir verlangte Urin ergab 1,75 Prozent Zucker. Die sofort eingeleitete Behandlung in Verbindung mit einer strengen und im Ganzen gut befolgten Diät war lange Zeit erfolglos. Wenigstens ergaben die von acht zu acht Tagen fortgesetzten Untersuchungen keine nennenswerthen Aenderungen im Zuckergehalt des Urins. Das Maximum war 3 Prozent, das Minimum $1^1/_2$ Prozent.

Während dieser ganzen Zeit stand der im Besitz einer zahlreichen Familie befindliche G. unter dem Druck der bevorstehenden Anklage, welche im Falle seiner Verurtheilung zu seiner pensionslosen Entlassung führen musste. Wiederholt beobachtete ich nun, dass ihn besonders belastende Aussagen der Zeugen bei den Voruntersuchungen eine Vermehrung des Zuckergehaltes und eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens zur Folge hatten. Da sich die Untersuchung in die Länge zog, wurde G. auf meinen Antrag im Februar d. J. zeitweise in den Dienst gestellt, jedoch mit der für ihn nothwendigen Diensteintheilung, welche es ihm ermöglichte, die grösseren Mahlzeiten zu Hause einzunehmen. Diese Wiederaufnahme des Dienstes, das Schaffensbewusstsein und die damit verbundene Einnahme, wirkten günstig auf den Kranken. Er hat seitdem ununterbrochen seinen Dienst ausgeführt. Der Zuckergehalt wechselte zwischen 1 und 2 Prozent. Acht Tage nachdem G. gerichtlich freigesprochen und damit seine in Frage gestellte Existenz wieder gesichert worden war, untersuchte ich den Urin und fand nur eine ganz minimale Dosis Zucker. Allgemeinbefinden und der Kräftezustand waren überraschend günstig. Das Körpergewicht, welches in den ersten vier Monaten von 168 auf 145 Pfund gesunken war, hat bis jetzt noch nicht wieder zugenommen. Vorläufig habe ich ihm einen vierwöchentlichen Urlaub erwirkt, den er auf dem Lande zum Gebrauch einer Karlsbader Kur verbringen soll. Ich hoffe, dass er dem Führerdienst noch lange wird erhalten bleiben, da der Diabetes mässigen Grades nicht zu denjenigen Krankheiten gehört, welche ein Zurückziehen aus verantwortungsvollen Stellungen des Eisenbahndienstes erfordert.

Die praktische Bedeutung des vorliegenden Falles liegt nun in der Frage nach dem Zusammenhang des Diabetes mit dem Unfall: Wird der Patient, wenn die Folgen des Diabetes dereinst seine Pensionirung bedingen, nach dem Unfall-Fürsorge-Gesetz entschädigt? Wird seine Familie, sollte er an Diabetes sterben, nach demselben Gesetz entschädigt? Ich habe die Frage im vorliegenden Fall unbedenklich mit „Ja" beantwortet.

Ueberblicken wir zunächst die Literatur der beobachteten Fälle von traumatischen Diabetes, so hat Griesinger schon 1859 in seinen „Studien über Diabetes" von 225 gesammelten Fällen 13, also 5,7% auf Trauma zurückgeführt. Seitdem ist die Zahl der veröffentlichten Fälle erheblich gewachsen, so von Schmauss (1860), Klee (1863), Jacquier (1869), Renaud (1869), Schaper (1873), Buch (1883), Cardarelli (1887), Brouardel (1888), Spencer (1888), Nothnagel (1890), Ebstein (1892) u. a. Die meisten der veröffentlichten Fälle sind jedoch nicht ganz beweiskräftig, da ein früheres Bestehen des Diabetes meistens nicht ausgeschlossen war.

Demgegenüber gehört der vorliegende Fall zu denjenigen, welche einen nahezu sicheren Schluss zulassen: Patient hat 26 Jahre den schweren Dienst eines Lokomotivführers ausgeübt, ohne jemals ernstlich krank gewesen zu sein. Sorgfältige Nachfragen auch bei seinen Angehörigen haben ergeben, dass niemals Durst oder andere Erscheinungen bestanden haben, welche auf einen krankhaften Zustand schliessen. Körpergewicht und Umfang hatten niemals eine wesentliche Aenderung erfahren. Vom 30. Mai ab, dem Tage des Unfalls, verlor G. in vier Monaten an Körpergewicht 23 Pfund. Von demselben Zeitpunkt ab wurde der Zucker konstatirt, bestanden Durst, Müdigkeitsgefühl u. s. w.

Hieraus ist wohl der Schluss gerechtfertigt, dass der Diabetes bei G. seit dem 30. Mai, dem Tage des Unfalls, bestanden hat. Wenigstens hat dieser Tag erst einen schlummernden Krankheitskeim (Ebstein), der sich aber durch nichts offenbarte, zum Ausbruch gebracht. Auch im letzten Falle ist vom forensischen Standpunkte aus der Unfalltag der Entstehungstag der Krankheit.

Angesichts dieser Thatsache entsteht nun die Frage: welche Verletzung hat G. bei dem Unfall erlitten? Die in der Literatur erwähnten Fälle von traumatischem Diabetes beziehen sich meistens auf Kopfverletzungen. Bei G. fehlte von Anfang an der Nachweis jeder äusseren und inneren Verletzung. Auch diejenigen Erscheinungen, welche man gerade nach Eisenbahnzusammenstössen beobachtet, mag man sie nun unter dem Namen „realway spine," „hysteria virilis" mit shok, „traumatische Neurose" u. s. w. zusammenfassen, fehlten vollständig. Keine Veränderung des Kniephänomens, keine Gesichtseinengung, keine motorischen und sensitiven Störungen, kein Kopf- und Rückenschmerz, kein Zittern der Extremitäten, keine schmerzhaften Druckstellen, weder peripherisch, noch am Kopf oder an der Wirbelsäule. Auch die Schmerzen, welche von der Zerrung der Rückenmuskeln und Wirbelgelenke bei dem den Zusammenstoss im Stehen aushaltenden Führer zu erwarten war, fehlten von Anfang an bis jetzt vollständig. Nachdem nunmehr 14 Monate seit dem Unfall verstrichen sind und G. mehr als fünf Monate seinen Dienst wieder ausgeübt hat, dürfte sich auch nachträglich keine stattgehabte Verletzung mehr herausstellen.

Und doch ist der Unfalltag in unserem Falle nicht nur als der zufällige Entstehungstag aufzufassen. Nicht nur post hoc, sondern auch propter hoc ist der Diabetes entstanden. Die ganze Situation bedingte eine psychische Erregung, wie sie wohl kaum grösser gedacht werden kann: das plötzliche Erblicken des Haltesignals und des heranbrausenden Zuges, die 20 Sekunden bis zum Zusammenstoss, ausgefüllt mit übermässiger Anstrengung und im Angesicht des möglichen Todes, die Vorwürfe der Vorgesetzten, welche gerichtliche Verfolgung und Dienstentsetzung befürchten liessen, der Verlust eines grossen Theiles der Einnahmen, der sogenannten Fahrkompetenzen, die vielen gerichtlichen Vernehmungen und Voruntersuchungen bilden eine Kette von Erregungen, die nach unserer bisherigen Kenntniss von den Ursachen des Diabetes wohl geeignet sind, allein die Krankheit hervorzurufen. Besserung trat ein mit der Wiederaufnahme des Dienstes, noch weitere Besserung trat ein nach der Freisprechung, die zwölf Monate nach dem Anfall erfolgte.

Nach dem Gesagten habe ich keinen Augenblick Anstand genommen, die Krankheit als direkte Folge des Unfalles zu bezeichnen.

Zur weiteren Klärung der Frage richte ich an alle Bahnärzte die Bitte, nach Eisenbahnunfällen den Urin auf Zucker zu untersuchen. Um Verwirrung zu vermeiden, möchte ich jedoch vorschlagen, von der Benennung „traumatischer Diabetes" abzusehen und in einem Fall, wie den vorliegenden, von „Diabetes nach trauma" zu sprechen, wie es schon Nothnagel gethan hat. Die Benennung „traumatischer Diabetes" ist vielleicht ebenso bequem wie die der „traumatischen Neurose." Beide Diagnose und Ursache zusammenfassenden Benennungen sind unzweckmässig und können Irrthümer hervorrufen, da häufig nicht das trauma, sondern die mit der Entstehung des trauma verbundene psychische Erregung die eigentliche Ursache bildet.

Der Prozess Mellage und die psychiatrische Ausbildung der ärztlichen Sachverständigen.

Von
Dr. **Martin Brasch**-Berlin,
Nervenarzt.

So gross die Erregung über die sensationellen Enthüllungen in dem „Alexianer-Prozess“ war, so lebhaftes Interesse mussten im ganzen Lande diejenigen Verhandlungen hervorrufen, welche der Interpellation der Landesvertretung an die königliche Staatsregierung in dieser Angelegenheit folgten. Ob der Verlauf dieser Diskussion geeignet war, die Beunruhigung zu beschwichtigen, welche sich weiter Kreise bemächtigt hat, ist doch recht zweifelhaft, wenn auch nicht erwartet werden konnte, dass für so gewaltige Schäden sofort ein radikales Mittel zur Hand wäre. Die Interpellanten haben an die Adresse mehrerer Ressorts unserer Verwaltung hin Ausstellungen gerichtet und die Diskussion gelangte dadurch in ein breiteres Fahrwasser, als im Interesse der Behandlung der rein ärztlichen — und hier wohl am meisten interessirenden — Seite der Angelegenheit wünschenswerth war. Denn schon allein dieser ärztliche Theil der Frage berührt so verschiedenartige und viel umstrittene Probleme (Privatanstalten, Aufnahmeverfahren, Wärterfrage etc.), dass auch nicht im Entferntesten an eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes vor dem Forum des Landtages gedacht werden konnte. Und auch an dieser Stelle kann nur auf eine Seite der hier in Betracht kommenden Dinge die Aufmerksamkeit gelenkt werden und das ist auf die Frage: „Was lehrt der Aachener Prozess für die Ausbildung ärztlicher Sachverständigen?“ — Wir sind den Herren Herausgebern dieser Zeitschrift dankbar, dass sie, quanquam ipsorum res agitur, getreu dem Programm ihres Blattes, diesen Ausführungen die Spalten desselben unter Wahrung der Objektivität zur Verfügung stellen — es liegt auch uns daran, in objektiver Weise, ohne auf Personenfragen einzugehen, die folgenden kurzen Ausführungen der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Sucht man nach den Ursachen der Missstände, wie sie der Aachener Prozess aufgedeckt hat, so kann man entweder die gesetzlichen Bestimmungen dafür verantwortlich machen oder die Organe, welche zu ihrer Ausführung berufen sind, d. h. entweder das System oder die Beamten, vielleicht auch beide Theile. Inwieweit die Lokalbehörden, denen natürlich auch die beamteten Aerzte zuzurechnen sind, nicht gehörig funktionirt haben, wird die Untersuchung ergeben, deren strenge und unnachsichtige Durchführung der Herr Kultusminister in der Sitzung des Hauses der Abgeordneten vom 25. Juni 1895 mit Nachdruck in Aussicht gestellt hat und deren Ergebniss abzuwarten sein wird. Es will uns aber bedünken, dass zum Mindesten auch das System verbesserungsfähig ist, ja dass vielleicht das System allein einer dringenden Reform bedarf. Zum System sind aber zu rechnen 1. die Aufsichtsbestimmungen, 2. die Organisation derjenigen Instanzen, welche zur Ausführung der Aufsichtsbestimmungen berufen sind. — Das Verlangen nach einer Medizinalreform ist ein altes und wohl allgemein anerkanntes und es knüpft sich weniger an die Mangelhaftigkeit der Aufsichtsbestimmungen über die Privatirrenanstalt, als an die Reorganisation der ausführenden Organe. Nicht die Aufsichtsbestimmungen für Geisteskranke in Privatirrenanstalten sind unzulänglich — das muss aufs Neue betont werden gegenüber dem nicht verstummenden Rufe nach einer Verbesserung oder Neugestaltung derselben. Wie oft ist schon darauf hingewiesen worden, dass es bei den zur Zeit geltenden Bestimmungen nur durch eine ganz merkwürdige Verkettung der Umstände einmal sich ereignen könnte, dass geistig Gesunde mala fide in eine Anstalt gebracht und dort längere Zeit detinirt gehalten werden könnten. Aber diese Rufe gehen in neuerer Zeit von einer Seite aus, welche ihre eigene Unkenntniss der Dinge hinter sensationellen Erörterungen verbergen will, und das Betrübendste ist, dass dies von ärztlicher Seite geschieht unter beständiger Verquickung mit Personenfragen und durch das Sprachrohr einer skandalsüchtigen und sensationslüsternen Presse, welche ihre durch unwissenschaftliche Argumente gestützten Ausführungen einem Laienpublikum in demagogischer Form schmackhaft zu machen sucht und dadurch eine gemeinschädliche Beunruhigung hervorzurufen geeignet ist, ohne die Aufmerksamkeit auf diejenigen Punkte zu lenken, wo sie nothwendig erscheint.

Fassen wir nun die Organisation der Aufsichtsbehörden ins Auge, so richtet sich sofort das Augenmerk auf die ärztlichen Berather derselben als auf die berufenen Sachverständigen. Man sollte a priori annehmen, dass gerade aus diesen Organen durch die Verbindung der Pflichttreue des preussischen Beamtenthums mit der eine Achtung gebietende Stellung einnehmenden deutschen Wissenschaft ein musterhaftes Vorbild der Organisation hervorgegangen sei. Und trotzdem diese schreienden Unzuträglichkeiten, wie sie eben zu Tage getreten sind?! Die Ursache liegt vielleicht in dem Nebeneinanderwirken mehrerer fehlerhafter Einrichtungen. Hier soll aber nur der eine Punkt in Betracht gezogen werden und dieser ist die nicht ganz einwandfreie Bestimmung über den Bildungsgang unserer Medizinalbeamten.

Hier sind wir bei unserem eigentlichen Thema angelangt und es liegt um so weniger ein Grund vor, bei diesem die Oeffentlichkeit so erregenden Anlass auf die Kennzeichen dieser Mängel zu verzichten, als bereits die Behörden bis in die obersten Regionen hinauf mit dieser Angelegenheit befasst sind und aus ihr doch vielleicht den Anstoss zu weitergehenden Reformen empfangen. Bei diesen Reformen kann aber, falls sie wirklich auf die Beseitigung vorhandener Missstände Bedacht nehmen, das Ansehen des ärztlichen Standes nur gewinnen — wenigstens herrscht in allen den Kreisen, wo man diese Reformirung der Medizinalgesetzgebung herbeisehnt, die Ueberzeugung vor, dass mit ihr endlich ein Schritt gethan werde zur Einführung der Gleichberechtigung des ärztlichen Standes mit anderen Berufszweigen auf dem Gebiete der Verwaltung und zur Abschaffung der auch in rein ärztlichen Angelegenheiten sich breit machenden Bevormundung durch die alles besser wissenden und in starrem Bureaukratismus befangenen Juristen.

Aerztliche Sachverständigenthätigkeit wurde bis vor nicht langer Zeit überhaupt fast ausschliesslich durch ärztliche Beamte ausgeübt, erst die neue, von Reichswegen inaugurirte Versicherungsgesetzgebung, welche zur Bildung von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalten führte, schuf auch für die Privatärzte ein grösseres Feld zur Ausübung einer ärztlichen Sachverständigenthätigkeit.

Dem entsprechend hat sich denn auch in den letzten Jahren neben den Bestrebungen, auf einzelnen Hochschulen der Lehre von der Sachverständigenthätigkeit des Arztes zu ihrem Recht zu verhelfen, auch schon eine ansehnliche Sachverständigenlitteratur entwickelt, und die Herausgeber dieser Zeitschrift haben das Verdienst, mit glücklichem Griff ein periodisches Sammel-Organ für die gleichen Zwecke geschaffen zu haben, welches schon in der kurzen Zeit seines Bestehens den Beweis erbracht hat, dass es seine Mission ernst nimmt und zu glücklichem Gelingen zu führen vermag.

Es giebt nun wohl kaum einen Zweig in der Sachverständigenthätigkeit des Arztes, welcher ihn vor schwierigere Aufgaben stellt, als die Begutachtung seelischer Erkrankungen, und man sollte meinen, dass gerade diesem Punkte bei der Ausbildung und Prüfung der später zu amtlicher Sachver-

ständigenthätigkeit berufenen Physikatskandidaten die grösste Bedeutung und Beachtung geschenkt werde. Das Prüfungsreglement nun schreibt zwar die Ablegung eines Examens auch in der Psychiatrie vor. Es liegt aber in der ganzen Organisation des Reglements begründet, dass man von den Examinanden nur den Nachweis einer Vertiefung der Kenntniss in bestimmten Wissenszweigen verlangt, welche in ihren Grundzügen bereits auf der Universität erlernt sind und in der darauf folgenden praktischen ärztlichen Thätigkeit bereits eine Erweiterung erfahren haben. Wieviele der zur Zeit im Amte befindlichen Medizinalpersonen haben aber überhaupt schon auf der Universität einen geordneten Psychiatrie-Unterricht genossen? Auch heute noch existiren nicht an allen deutschen Landes-Universitäten psychiatrische Kliniken, und als eine Folge davon ergiebt sich, dass man auch nicht in der Lage ist, die Psychiatrie zum obligatorischen Prüfungsgegenstand des ärztlichen Staatsexamens zu erheben. Der Einwand, welcher so oft und auch vom Herrn Kultusminister im Landtage erhoben worden ist, dass die Einfügung dieses neuen Prüfungsgegenstandes in die ärztliche Prüfungsordnung unumgänglich zu einer Verlängerung des ärztlichen Studiums führen müsste, kann doch nicht ernstlich ins Gewicht fallen, wo der Staat vor so hohe kulturelle und soziale Aufgaben gestellt ist. Wie steht es aber mit dem psychiatrischen Unterricht an denjenigen Universitäten, welche schon jetzt den Studirenden Gelegenheit geben, sich in der Irrenheilkunde auszubilden? Dass alle diese Anstalten, an denen unsere berühmtesten Psychiater wirken, soweit es an ihnen selbst liegt, ihren Zweck, die Kenntniss der Lehre von den psychischen Störungen zu vertiefen oder zu verbreiten, erfüllen, kann wohl keinem Zweifel unterliegen — aber von Seiten der Studirenden wird diesem Gebiet der Klinik nicht das nöthige Interesse entgegengebracht; dieser Zustand wird solange andauern, als für sie nicht der Zwang, einen Praktikantenschein in der Psychiatrie zu erwerben, eingeführt wird. Aber auch dann noch wird die psychiatrische Ausbildung während des Universitätsstudiums auf ganz andere Grundlagen gestellt werden müssen, falls man es nicht vorzieht, den um das Physikatszeugniss ambirenden Aerzten die Verpflichtung aufzuerlegen, nach Absolvirung ihres Staatsexamens sich noch in besonderer Weise psychiatrisch weiterzubilden. Denn die in anderen klinischen Wissenszweigen übliche Methode des Unterrichts der Vorführung des Kranken vor dem Auditorium der Studirenden bewährt sich für gewisse Kategorien psychiatrischer Erkrankungszustände nicht, bei vielen ist sie überhaupt nicht angängig, während andererseits das Abhalten der durch Demonstrationen illustrirten klinischen Vorlesung in den Krankenräumen selbst zu anderen Unzuträglichkeiten führt — abgesehen davon, dass sowohl der Transport des Kranken in das Auditorium als das Herumführen einer grösseren Anzahl von Studirenden in den Krankenzimmern einen auf die Geisteskranken ungünstigen (und im Interesse der Humanität zu vermeidenden) Einfluss ausüben und auch durch die ungewohnten und fremdartigen auf die Kranken hierbei wirkenden Eindrücke denjenigen Zustand der Patienten verändern können, welcher gerade der Demonstration werth erschien.

Es wird sich demnach fragen, ob es sich nicht empfehlen möchte, in gleicher Weise, wie dies schon in einigen chirurgischen und geburtshilflichen Kliniken geübt wird, auch in psychiatrischen Kliniken, an stärker frequentirten Universitäten auch in den städtischen Asylen, Wohnräume für eine kleinere Anzahl von Praktikanten zu schaffen, welche am ärztlichen Dienst der Anstalt theilnehmen, in den Betrieb der Anstalt einen Einblick erhalten und auf diese Weise den Praktikantenschein erwerben.

Von allen Physikatskandidaten müsste aber ausserdem der Nachweis verlangt werden, dass sie nach Ablegung ihrer ärztlichen Staatsprüfung mindestens ein Jahr an einer öffentlichen Irrenanstalt eine Hilfsarztstelle bekleidet haben. Nur dadurch können sie in ausreichender Weise vorgebildet werden für diejenigen Funktionen, welchen sie als beamtete Aerzte in psychiatrischer Beziehung vorzustehen haben. Unter diesen medizinalbeamtlichen Funktionen sind aber die Beaufsichtigung des Aufnahmeverfahrens in Privatirrenanstalten (Aufnahmeattest) durch Nachuntersuchung des Patienten und die Revision der Privatirrenanstalten mit die wichtigsten Obliegenheiten, welche eine sachverständige Fachbildung voraussetzen. Wo diese mangelt — und sie kann nur innerhalb des Anstaltsgetriebes in zulänglicher Weise erlangt werden — da werden auch noch so gute gesetzliche Vorschriften ihren Zweck verfehlen.

Auf die Schaffung von Gelegenheit zu einer solchen psychiatrischen Ausbildung junger Aerzte hat schon ein Ministerialreskript vom 22. September 1860 die Aufmerksamkeit der betheiligten Kreise gelenkt. Aber selbst die spärlichen Fonds, welche damals bereit gestellt wurden und auch heute noch gewährt werden sollen, scheinen in neuerer Zeit bisweilen zu versiegen — wenigstens kann man in einem ministeriellen Bescheid aus der neuesten Zeit lesen, dass „die demselben für diesen Zweck zur Verfügung stehenden Fonds jetzt sehr beschränkt und bis auf weiteres vollständig erschöpft seien." Mit diesem Sparsamkeitsprinzip in Dingen, welche das öffentliche Interesse, die Humanität und die Wissenschaft in gleichem Maasse berühren, steht denn auch die Höhe derjenigen Mittel im Einklang, welche neuerdings im Milliardenetat des preussischen Staatshaushaltes zur Entschädigung für die neu zu errichtenden 22 Besuchskommissionen aufgewendet werden sollen. Diese 22 Besuchskommissionen sollen das erste Pflästerchen sein (und sie werden vielleicht auch das einzige bleiben) welches auf die Wunde gelegt werden soll, die dem Ansehen deutscher Humanität und Wissenschaft durch die Enthüllungen des Aachener Prozesses geschlagen worden sind. Für diese Besuchskommissionen sind nach den Ausführungen des Herrn Ministers 19 namhafte Psychiater gewonnen, welche demnach in der Ausübung ihres Amtes sich bewusst sein werden, eine Ehrenpflicht gegen die allgemeine Menschlichkeit zu erfüllen — gewiss ein neuer Beweis für die Opferfreudigkeit des ärztlichen Standes im Interesse der Humanität, freilich auch für das Festhalten an der alten Gewohnheit, den wirthschaftlichen Interessen des Standes nicht die gebührende Beachtung an maassgebender Stelle zu erwirken. Dieses eine Mittelchen wird aber nichts verschlagen, wenn man die Provinzen nicht zwingt, im Sinne und Geiste des Gesetzes vom 11. Juni 1891 für die unglücklichsten ihrer Angehörigen zu sorgen und den Aufsichtsorganen einen dem Stande der Wissenschaft und der verantwortungsvollen Bedeutung ihres Amtes entsprechenden Bildungsgang vorschreibt, für ihre Besoldung im Amte in ausreichender Weise die Mittel gewährt und ihnen damit diejenige wirthschaftliche Selbständigkeit giebt, welche den aus dem Gelehrtenstande hervorgegangenen Beamten geziemt.

Um die Forderungen kurz zu resumiren, möchten wir sie in folgende Thesen zusammenfassen:

1. An allen deutschen Landesuniversitäten, wo keine psychiatrischen Kliniken bestehen, sind unverzüglich solche zu errichten.
2. Die klinische Psychiatrie ist zum obligatorischen Prüfungsgegenstand des ärztlichen Staatsexamens zu erheben.
3. Physikatsexaminanden haben den Nachweis zu erbringen, dass sie mindestens ein Jahr als Hilfsärzte an einer öffentlichen Irrenanstalt fungirt haben.

Aus den Vereinen.

II. Jahresversammlung des Vereins Badischer Bahnärzte am 6. Juli 1895 zu Freiburg i. B.

Ueber nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen.

Von Geh. Rath Professor Dr. Bäumler-Freiburg.

Uns, die wir mit dem pathologischen Leben tagtäglich zu verkehren haben, kann nicht auffällig sein, dass jede neue Erscheinung im Leben, jede soziale Veränderung, jede soziale Verbesserung in Technik und Industrie, kurz jede neue Lebenserscheinung auch ihre Wirkung haben muss auf pathologischem Gebiete, wie sie sie auf dem physiologischen hat. Ist doch das Eisenbahnwesen, der gesteigerte Verkehr, von enormstem Einfluss gewesen auf das ganze Getriebe unseres Lebens, und so ist es auch nicht ohne Einfluss geblieben in Bezug auf die pathologischen Erscheinungen. Selbstverständlich werden bei einem solchen Betriebe eine Menge Verletzungen vorkommen, aber wir müssen auch berücksichtigen, dass, da es sich hier um ganz neue Erscheinungen des Lebens handelt, bei diesen Verletzungen auch ganz neue Erscheinungen zu Tage getreten sind, die wir bei anderen ganz gleichartigen Verletzungen nicht zu beobachten pflegen.

Als das Eisenbahnwesen in England eine grössere Verbreitung annahm, kamen bald solche Verletzungen vor und man fing ärztlicherseits an, sich damit zu beschäftigen. Aber die Arena, auf der die Studien gemacht wurden, waren nicht die Hospitäler, sondern die Gerichtssäle, und Vieles, was im Laufe der Jahrzehnte gewonnen worden ist in Bezug auf Eisenbahnverletzungen und ihre Folgen, ist gewonnen worden in den Verhandlungen vor den Gerichtshöfen in England und in Amerika. Zunächst stand man da auf dem Standpunkt, dass die bei Eisenbahnunfällen vorgekommenen Verletzungen auch entferntere Folgen haben als die, die von organischen Veränderungen, von Zerstörungen herrührten, welche durch das Unglück herbeigeführt worden waren. Allmählich aber, und das trat namentlich in solchen Fällen an den Tag, welche zu Gerichtsverhandlungen führten, kamen Fälle vor, bei denen beim Unfall selbst gar kein Blut geflossen, keine Bewusstlosigkeit, Betäubung etc. vorgekommen waren, wo die Leute, nachdem sie sich vom ersten Schrecken des Zusammenstosses erholt hatten, sich nach Hause begaben zur Arbeit, dann aber nach einiger Zeit anfingen, über allerlei krankhafte Erscheinungen zu klagen und endlich die Arbeit aufgaben und gegen die Eisenbahngesellschaft eine Entschädigungsklage einbrachten. Neben den Fällen, wo also grobe Verletzungen am Körper vorkamen, die auch eine Verletzung des Nervensystems zur Folge haben konnten, wie z. B. Bruch der Wirbelsäule, Schädelbruch etc., neben diesen Fällen von groben Verletzungen war auch eine Reihe von Fällen, bei denen von grober Verletzung gar keine Rede war, bei denen aber nach Monaten Krankheiten sich entwickelten, welche für die Kranken nicht minder schlimm waren, als wenn sie grobe Verletzungen erlitten hätten: denn sie wurden arbeitsunfähig und schleppten sich vielleicht auf Krücken vor den Gerichtshof, um da den Richtern oder Geschworenen ad oculos zu demonstriren, was für elende Menschen sie durch den Unfall geworden waren.

Da wurde die Theorie aufgestellt, dass die Erschütterung des centralen Nervensystems, des Gehirns und Rückenmarks zwar geringfügige unmittelbare Folgen haben könne, dass man aber nicht wissen könne, welch' schwere Folgen später noch auftreten könnten. Gerade derartige Fälle, welche der Beurtheilung vor Gericht grosse Schwierigkeiten darboten, bei welchen die Aerzte der beiden Parteien sich widersprachen, wo der eine den Kläger als Simulanten, der andere als unglücklichen Menschen hinstellte, diese Fälle waren es, die zu genauerem Studium hinführten. Es war zunächst der englische Chirurg Erichsen, welcher eine grosse Zusammenstellung gab von Fällen, bei welchen nach Eisenbahnverletzungen solche schwere Zustände eingetreten waren. Es wurde die Theorie aufgestellt, dass auch nach einem scheinbar geringfügigen Unfall nachträglich noch schwere Erscheinungen auftreten könnten, welche man zurückführte auf eine schleichende Meningitis simpl. oder auf eine Meningo-Myelitis oder Meningo-Encephalitis, Erkrankungen, die, wenn sie bestanden haben, auch pathologisch und anatomisch hätten demonstrirt werden müssen; allein das ist nicht geschehen, und wo man darnach suchte, hatte man die eine oder andere dieser Krankheiten nicht gefunden.

Allmählich hat man eine grosse Gruppe von nervösen Störungen, die auch sonst dem Arzt entgegengetreten waren, zu studiren angefangen, die Gruppe der hysterischen Erscheinungen. Es war die französische Schule unter Charcot, welche die Hysterie in wissenschaftlicher Weise zu studiren anfing, und welche aus der grossen Menge der hysterischen Erscheinungen eine Grnppe aussonderte, welche als traumatische Hysterie bezeichnet wurde, wobei z. B. nach ganz leichten Verletzungen bezw. Verdrehungen des Fusses oder nach einem Stoss, wo an dem Glied nichts zu sehen ist, doch nach einiger Zeit örtliche Erscheinungen sich einstellten, welche sich in schmerzhaften Empfindungen äusserten.

Die Betroffenen begannen zu klagen über Schmerzen im Knie oder in den Hüften; allmählich fingen sie dann an, mit dem Stock zu gehen und endlich waren sie sogar genöthigt, sich der Krücken zu bedienen oder das Bett zu hüten. Die genauesten Untersuchungen in solchen Fällen liessen nun nicht erkennen, dass es eine Lähmung war, aber sie liessen doch einige objektive Symptome nachweisen, die auf Entwickelung eines Rückenmarksleidens hindeuteten. Es zeigte sich in solchen Fällen insbesondere, dass bei den Kranken eine Erhöhung der Sehnenreflexe vorhanden war. Das machte stutzig und musste daran denken lassen, dass doch im Rückenmark Veränderungen vorgekommen sein mussten, dass die Hemmungen, welche vom Gehirn nach dem Rückenmark ausgeübt werden, dass diese hemmenden Einflüsse in irgend einer Weise beeinträchtigt sein mussten. Nun, das genauere Studium lehrt uns, dass es sich doch in solchen Fällen nicht um palpable Veränderungen des Rückenmarks handelt, sondern um funktionelle Störungen, und dass diese Gruppe in das Gebiet der Hysterie gehört, welche man an Frauen studirt hatte; aber man konnte an solchen traumatisch hysterisch gewordenen Männern Erscheinungen beobachten, wie man sie bei anderen Hysterischen längst kannte. Es wurde also das Krankheitsbild der traumatischen Hysterie allmählich herausgeschält aus dem allgemeinen Krankheitsbild der nervösen Veränderungen, welche ohne grosse palpable Ursachen entstanden waren.

Auch ein anderes neurotisches Gebiet war inzwischen in Angriff genommen und studirt worden, das Gebiet der Neurasthenie, welches der Amerikaner Beard den Aerzten näher zum Verständniss gebracht hat. Neurasthenische hat es gegeben, ebenso wie Hysterische, so lange die Welt steht, aber es hat früher nicht so viele Neurastheniker gegeben, wie es heutzutage giebt, und vor allen Dingen war die Aufmerksamkeit der Aerzte nicht so sehr auf diese Krankheit gerichtet, wie es seit den sechziger Jahren unseres Jahrhunderts der Fall ist. Nachdem man sich mit diesem Krankheitsbild der Neurasthenie genauer befasst hatte, so wurde klar, dass von den Erscheinungen, wie man sie bei Eisenbahnverletzten fand, viele in das Gebiet der Neurasthenie gehören, d. h. dass bei Menschen, die unmittelbar nach dem Unfall noch gesund gewesen waren, allmählich sich ein Zustand ausbildete, bei

welchem sie leistungsunfähig wurden, indem sie rasch ermüdeten, indem die kürzeste geistige oder körperliche Arbeit von einer Müdigkeit gefolgt war, dass sie die Arbeit aufgeben mussten; ja einzelne Funktionen von Auge und Ohr wurden nach der kürzesten Leistung so gestört, dass sie höchstens nur fünf Minuten lesen konnten und alsdann sich wieder ausruhen mussten, während ein gesunder Mensch stundenlang ohne Anstrengung lesen kann, oder wie ein gesunder Mensch nach einigen Stunden Spaziergang nur eine Stunde Erholung, der andere aber 24 Stunden braucht, um sich vom gleichen Spaziergang zu erholen. Manche dieser Kranken boten also das Krankheitsbild der Neurasthenie und wiederum andere boten eine Mischung von Hysterie- und Neurasthenie-Erscheinungen dar. Dann gesellte sich noch eine andere Erscheinung psychischer Natur, insbesondere in vielen Fällen Hypochondrie dazu, d. h. eine Sucht, sich mit Sensationen am eigenen Körper, die in grosser Mannigfaltigkeit bei Solchen auftauchen, zu beschäftigen. Derartige Leute wurden dadurch, dass sie nachgrübelten über die Empfindungen und Folgen, die daraus entstehen könnten, nicht nur unfähig zur Thätigkeit, sondern förmlich geistesgestört; es entwickelte sich bei ihnen das Bild der Hypochondrie. Diese Beobachtungen, welche von verschiedenen Seiten in England, Deutschland und Frankreich gemacht worden waren, wurden zusammengefasst unter dem Namen traumatische Neurose von Professor Oppenheim in Berlin. Dieser Gedanke war insofern glücklich, als damit die grosse Gruppe der rein funktionellen Störungen abgesondert und nicht mehr vermischt wurde mit der Gruppe der rein palpablen Veränderungen. Allein diese Aufstellung hat doch auch wieder ihr Missliches gehabt, vor allen Dingen das, dass sie bei vielen Kollegen Anlass gegeben hat zu dem Missverständniss, als ob man es bei dieser Neurose zu thun haben müsse mit einer in sich abgeschlossenen Krankheit, als ob bei einem Unglücksfall sich diese Krankheit ausbilden könne als eine ganz bestimmte Krankheit, wie die Melancholie oder Manie. Es war dies auch misslich deshalb, weil die Darstellung Oppenheims es wahrscheinlich gemacht hatte, dass, wo einmal nach einem Unfall dieses Krankheitsbild sich ausgebildet hat, die Prognose ungünstig sei. Es hat also die Aufstellung dieser Gruppe von nervösen Störungen, die als traumatische Neurose bezeichnet wurde, ihr Missliches gehabt in Bezug auf Diagnose und Prognose. In Bezug auf Diagnose insofern, als man es sich manchmal vielleicht zu leicht machte mit dem Diagnostiziren und man sich damit begnügte, dass, wenn eine Zeit lang nach dem Unfall derartige Erscheinungen sich zeigten, man nun eine traumatische Neurose bestimmte, ohne sich darum zu kümmern, aus welchen Erscheinungen dieses Krankheitsbild zusammengestellt war. Prognostisch hat sie das Missliche gehabt, dass, sobald die Diagnose gestellt war, auch dem Kranken ein Denkzettel angeheftet war, dass er wohl schwerlich wieder gesund werden würde. Verschiedene, besonders die Heidelberger Schule (Schultze und Hoffmann) haben Front gemacht gegen diese Aufstellung einer traumatischen Neurose als Sammelbegriff; sie haben hervorgehoben, dass das eine unglücklich gewählte Bezeichnung sei, eben weil man dadurch leicht dazu kommen könne, sich einer genaueren Untersuchung zu entheben, was für Veränderungen an einem solchen Menschen vorhanden sind und ob sie derart sind, dass man einen Menschen auf die Dauer für unfähig betrachten müsse. So ist der Sammelbegriff der traumatischen Neurose aufgelöst worden in eine Reihe verschiedener Neurosen und auf dem Kongress für innere Medizin in Wiesbaden ist von beiden Referenten ganz besonders betont worden, dass es nicht eine traumatische, sondern verschiedene Neurosen giebt und man kann wohl sagen, dass es so viele Neurosen giebt, als es nach einem Unfall neurotische Menschen giebt. In jedem Fall ist das Krankheitsbild wieder anders.

Wir müssen nun fragen, wie es kommt, dass gerade nach Eisenbahnunfällen, neuerdings häufiger, wie früher, dieses Krankheitsbild in manchen Fällen in so prägnanter Weise zu Tage tritt, dass solche Störungen, die bald in das Gebiet der Hysterie, bald in das der Neurasthenie eintreten, bald Mischformen darstellen oder schliesslich in der Form der Hypochondrie auftreten, wie es kommt, dass sie sich so häufig entwickeln und häufiger geworden sind.

In erster Linie ist da zu berücksichtigen, dass bei einem Eisenbahnunfall die Einwirkung auf die Psyche eine ganz andere ist als bei anderen unerwarteten Unfällen, die den Menschen betreffen. Wenn ein Mensch auf der Strasse geht und stolpert über einen Balken, oder fällt in ein Loch, das er nicht gesehen hat, so ist ein solcher Unfall nicht mit solchem Schrecken verbunden, als wenn er plötzlich, auf der Eisenbahn fahrend, die Dampfpfeife hört und sieht, wie seine Nachbarn hin und her geschüttelt werden; auch wenn er selbst unverletzt bleibt, so muss das einen gewaltigen Eindruck auf seine Psyche machen. Ist er ein nervenkräftiger Mensch, so wird er sich dieses Eindrucks bald entledigen; es werden ihm im Traume vielleicht die Szenen, die er miterlebt hat, und das Schreckliche, was er mitangesehen hat, vorkommen, aber nach ein paar Tagen wird er alle Folgen überwunden haben und nachträglich auch gesund bleiben. Ein Anderer aber, der ein weniger kräftiges Nervensystem hat, kann einen lange dauernden Schaden davontragen. Das haben wir ja auch gesehen bei den grossen Erdbeben, die kürzlich stattgefunden haben. Die Leute, die das Erdbeben an der Riviera mitgemacht haben, sind nach Monaten noch in dem Zustand gewesen wie Leute, die ein grosses Eisenbahnunglück mitgemacht haben: sie geriethen leicht in Zittern, erschraken leicht, bekamen Herzklopfen, träumten leicht von den Schrecknissen, die sie miterlebt hatten. Mancher hat einen dauernden Schaden davongetragen; er konnte sich der Bilder nicht entschlagen, die immer wieder von Neuem auftauchten; er war in seiner Arbeitsthätigkeit beeinträchtigt. Allein das waren verhältnissmässig wenige Leute und meist solche, die von Haus aus schwächlich waren. Damit muss man also auch rechnen bei einem Eisenbahnunglück; man muss sich fragen:

Wie war die Prädisposition des Menschen in Bezug auf seine nervöse Konstitution?

Nun, bei Eisenbahnunfällen, wie sie in neuerer Zeit vorkommen, sind noch eine Reihe anderer Dinge in Betracht zu ziehen, welche von wichtiger Bedeutung sind für nervöse und psychologisch neurotische Erscheinungen, insbesondere bei Fällen, in welchen nicht blos Schreck, sondern auch Quetschungen stattgefunden haben. Da ist es nur naturgemäss, wenn der Kranke durch die Schmerzen, die oft, nachdem sie schon verschwunden waren, bei Witterungswechsel wieder auftreten, immer wieder an den Unglücksfall erinnert wird. Es ist für den Kranken viel äusserlicher Anlass vorhanden, immer wieder an den Unfall zu denken, immer wieder die Bilder im Gedächtniss zu wiederholen und an die Zukunft zu denken, sowohl an die eigene wie an die seiner Familie. Dazu kommen noch andere, nicht minder wichtige, ja in manchen Fällen sogar noch wichtigere Dinge in Betracht: die Frage der Haftpflicht und der Entschädigung. Sobald der Kranke einmal mit dieser Frage in seiner Umgebung sich befasst hat, ist ein für die Gesundheit weiteres, nicht förderliches Moment in die Angelegenheit hereingekommen; glücklich für den Betreffenden, wenn der Zustand sich soweit bessert, dass die ihn begutachtenden Aerzte ein endgiltiges Urtheil abgeben können, dass Uebereinstimmung

herrscht in der Ansicht der Aerzte und dass es zu einer glatten Abfertigung seitens der Eisenbahn- oder Unfallversicherungsgesellschaft kommt. Aber sehr unglücklich ist es für ihn, wenn Zweifel bestehen über den Grad seiner Erwerbsfähigkeit und wenn die Sache sich in die Länge zieht. Je länger er im Zweifel ist, je mehr er während dieser Zweifelzeit unter dem Einfluss seiner Umgebung und Freunde steht, welche alle über diese Angelegenheit mit ihm sprechen, desto ungünstiger ist es oft für seine Genesung. Dann kommt die Aufregung noch hinzu, das Moment, das beim Spieler so sehr grosse Wirkung hat; dann kommen die neuen Auffassungen des Falles hinzu, welche dem Kranken entgegengebracht werden durch Diejenigen, welche seine juristische Vertretung haben und die Auffassung der Gegenpartei, welche die Sache ganz anders darstellt. Da ist es nicht wunder zu nehmen, wenn nicht bloss der Kranke, sondern auch die Umgebung allmählich verwirrt wird, Da ist es oft eine sehr schwierige Pflicht der Aerzte, selbst den Kopf oben und den Kranken gehörig in der Führung zu behalten. In der Regel gelingt ihm das nicht; der Kranke geht von einem Arzt zum andern und wenn nach Jahr und Tag die Sache zum gerichtlichen Austrag kommt, dann können wir die bekannte Szene sehen, dass ein halbes Dutzend Aerzte auf der einen und ein halbes Dutzend auf der anderen Seite steht, und dass sie sich zum Theil schnurstracks widersprechen.

Alle diese Momente — gar nicht zu sprechen von Verhetzungen seitens Angehöriger oder Freunde oder Solcher, die ein grosses Interesse haben könnten, dass eine grosse Entschädigung herausgeschlagen wird, — alle diese Momente wirken ausserordentlich auf die Psyche des Kranken ein und tragen dazu bei, das Krankheitsbild zu modifiziren, nicht zum mindesten die Art, wie der Fall, nicht vom Arzt, sondern von Seiten der Rechtsbeistände dargestellt wird. Ich habe selbst solche Rechtsschriften zu Gesicht bekommen und ich war im höchsten Grad erstaunt, was da von Seiten der Rechtsbeistände Alles behauptet worden ist auf Grund der ärztlichen Angaben. Da waren die leichtesten Störungen aufgebauscht zu solchen Störungen, dass der betreffende Arzt, der das Zeugniss ausgestellt hatte, in der That die Störungen nicht mehr erkennen konnte, welche er geschildert hatte. Das sind Momente, die hoch anzuschlagen sind im Zustandekommen dieses Krankheitsbildes. Nun, wie haben wir uns als Praktiker diesen Fällen gegenüber zu verhalten, zunächst in Bezug auf die Diagnose und Beurtheilung des Falles und in Bezug auf die Behandlung? Der Arzt, der einen Unfallverletzten, sei es durch einen Eisenbahnunfall, sei es durch einen anderen, zu behandeln hat, muss vom ersten Moment an, wo er mit dem Kranken in Beziehung tritt, sich hüten, dem Kranken etwas zu sagen, was derselbe unrichtig aufnimmt, falsch versteht, fälschlich verarbeitet und eine Reihe von Schlüssen darauf baut, die ihn eben mit hereinbringen in dieses neurotische Krankheitsbild. Man kann nicht vorsichtig genug sein mit dem, was man dem Kranken gegenüber sagt. Ich habe selbst einen solchen Kranken in Behandlung gehabt, welcher beim Anstossen eines Eisenbahnzuges an eine Schneemasse eine ganz leichte Erschütterung erfahren hatte. Es war ein Postbeamter, der, im Packetwagen stehend, in dem Moment, wo der Zug anprallte, auf den Rücken fiel. Er wurde dann zu Hause (im Elsass) wochenlang behandelt. Aus Furcht, es möchte sich eine Rückenmarksentzündung entwickeln, liess man ihn Monate lang im Bett liegen, und als er nach einem halben Jahre hierher kam, sagte er, er könne nicht gehen. Er ging so wie Hysterische gehen; er besann sich um jeden Schritt, den er machen wollte, ähnlich wie die Leute nach der Springprozession zu gehen pflegen. Bei der Untersuchung fand sich keine Lähmung, nirgends ein schmerzhafter Nerv; man musste sagen, der Mann hatte sich allmählich hineingearbeitet in die Idee, dass er nicht gehen könne; er hatte sich nach und nach an diese Form des Gehens so gewöhnt, dass er glaubte, er würde nicht mehr arbeiten können. Ich nahm den Mann am Arm und sagte, wir wollen ein wenig spazieren gehen. Wir gingen durch den ganzen Krankensaal. Ehe wir den halben Saal gegangen waren, fing er an, zu gehen, wie jeder Mensch zu gehen pflegt und am andern Tag ging er, ohne geführt zu werden, ganz gut. Da könnte man denken, das war ein abgefeimter Simulant. Ich glaube nicht, dass er das im gewöhnlichen Sinne war. Ich glaube nicht, dass er willkürlich und absichtlich diese Sache so ausgedacht hat, um uns damit zu imponiren; aber ich glaube, er ist allmählich in den Gedanken hereingekommen, weil er nichts Anderes that, als an den Unfall zu denken; er hatte sich fest eingebildet, dass er nicht gehen könnte, eine Erscheinung, wie sie eine Hysterica zeigt. In einem solchen Fall wäre es allerdings besser gewesen, wenn der Arzt den Mann einige Tage hätte im Bett liegen lassen, aber dann vorsichtig Gehversuche gemacht und genau untersucht hätte, was zurückgeblieben war und dann ihm Muth gemacht, ihn allmählich zur Thätigkeit zu bringen und ihn abzulenken gesucht hätte von den Gedanken, die er etwa noch hatte, wenn er ruhig im Bett lag.

In Bezug auf die Beurtheilung ist es ausserordentlich nothwendig, dass wir höchst genau und umsichtig die Untersuchungen vornehmen. Da kann ich als Einer, der zuweilen solche Akten nachträglich zur Hand bekommt, nur die Bitte aussprechen, dass es wünschenswerth wäre, wenn in allen solchen Fällen eine sorgfältige Krankengeschichte geführt würde. Es liegt dies im Interesse des Arztes selbst. Die Symptome wechseln manchmal ausserordentlich, namentlich, wenn das psychologische Gebiet betreten wird; da ist es wichtig, wenn der Arzt in seiner Krankengeschichte nachsehen kann, ob diese oder jene Symptome früher schon da waren; es ist auch besonders wichtig, die objektiven Erscheinungen niedergelegt zu haben, die zu verschiedenen Zeiten gefunden werden konnten, z. B. Lähmungserscheinungen, Reflexe, Sensibilität etc.

Wenn einmal neurotische Erscheinungen sich ausgebildet haben, dann ist es besonders wichtig, dass wir nach objektiven Erscheinungen suchen, wie sie nach gröblichen Verletzungen an den peripheren Nerven vorkommen, dass wir ferner suchen nach Erscheinungen, wie sie bei Hysterie vorkommen, nach Gesichtsfeldeinengung, nach Anästhesie, dass wir auch den psychischen Zustand des Kranken einer Untersuchung unterwerfen. Vor Einem möchte ich warnen: vor dem Suchen nach pathognomischen Zeichen. Das stammt aus einer Zeit, wo man die traumatische Neurose als eine Krankheit für sich hinstellte. Da glaubte man, es sei ein Zeichen der Neurose, wenn der Betreffende eine beschleunigte Herzaktion bekam, wenn man auf einen schmerzhaften Punkt hindrückte. Jeder Mensch, der Schmerzen an einer Stelle hat, seien es wirkliche Störungen an der Stelle, sei es, dass er sich nur Schmerzen an dieser Stelle einbildet, dass er sie nur in der Gehirnrinde sitzen hat und sie nach Aussen projizirt, jeder solche Mensch wird Herzklopfen bekommen, wenn man ihn da drückt. So hat man gemeint, dass es ein besonders werthvolles Zeichen sei, wenn eine Gesichtsfeldeinengung vorhanden ist und wenn sie besondere Charaktere darbiete, je nachdem man von Aussen nach Innen oder umgekehrt geht. Wir dürfen nicht nach pathognomischen Symptomen suchen; wir müssen suchen, welche speziellen Symptomkomeplexe bei dem betreffenden Kranken vorhanden sind; wir müssen die einzelnen Erscheinungen aufstellen und zusammenfassen zur Diagnose. Daraus wird sich dann auch die Prognose ergeben und da können dann auch rein psychische Symptome, die als solche auch objektive Symptome sein können, auch ins Gewicht fallen, und wir werden unter Umständen

einen Menschen, der nichts weiter darbietet als schwere Hypochondrie, auch als arbeitsunfähig erklären müssen.

Was die Frage der Simulation betrifft, die bei der Frage der Diagnose und Prognose wichtig ist, wurde namentlich von psychiatrischer Seite in Abrede gestellt, dass bei solchen Fällen überhaupt Simulation vorkommt. Dass Simulation vorkommt, ist sicher und Der, der mehr mit solchen Fällen zu thun gehabt hat, hat sie gesehen. Man hat sogar behauptet, dass es noch kein Zeichen sei, das Einer simulirt, wenn er es nachträglich selbst zugiebt, dass er simulirt habe. Ich muss sagen, wenn ein Mann eine Reihe von Erscheinungen durch Monate, Jahre hindurch darbietet und, wenn er ganz gesund geworden ist, zugiebt, das habe er nur gemacht, um eine Entschädigung herauszuschlagen, so halte ich ihn für einen Simulanten.

Bei der Frage der Simulation müssen wir selbstverständlich nicht blos die Symptome, die beim Kranken sich zeigen, berücksichtigen, sondern auch die Glaubwürdigkeit desselben. Wenn wir einen Menschen nicht kennen, so können wir diese Frage nicht entscheiden; wenn wir ihn aber Monate lang in Behandlung haben, so lernen wir doch auch so viel von seinem psychischen Verhalten kennen, dass wir uns einigermassen ein Urtheil über seine Glaubwürdigkeit bilden können. Wenn der Mann uns in einer Sache grob angelogen hat, so wird das unser Urtheil beeinflussen in Bezug auf die Darstellung seiner Symptome. Um Simulanten zu entlarven, muss man ausserordentlich vorsichtig verfahren; es sind darüber schon eine Reihe von Vorschlägen gemacht worden. Jedenfalls ist das kein geriebener Simulant, der eine Unempfindlichkeit am rechten Beine simulirt und wenn man ihn auf den Bauch legt, nicht mehr weiss, wo dann rechts und links ist.

Was nun die Behandlung betrifft, so muss dieselbe von Anfang an eine psychische sein. Wie wir verhüten müssen, dass der Kranke von Anfang an nicht eine zu schlimme Meinung von seinem Zustande bekommt, so müssen wir auch suchen, ihn abzulenken von seinen krankhaften Symptomen und vom Grübeln über diese Symptome und über das, was aus der Sache noch werden könnte. Eine wirksame Ablenkung ist aber nicht möglich durch blosses Zureden, sondern die wirksamste besteht in geregelter Thätigkeit, und das ist ein wichtiger Punkt für Die, die solche Kranke zu behandeln haben. Wir müssen derartige Kranke frühzeitig an eine geregelte Arbeit zu bringen suchen; selbst wenn wir sie nur theilweise arbeitsfähig erachten, so müssen wir dafür Sorge tragen, dass sie auch in dieser Zeit etwas Arbeit leisten. Da haben wir selbstverständlich im einzelnen Fall mit grossen Schwierigkeiten zu thun, denn in dem Betriebe, wo sie waren, werden sie nur als voll Leistungsfähige wieder eingestellt, das ist die Schwierigkeit, an welcher die wirksamste Behandlung scheitert. Es wäre vielleicht zweckmässig, wenn es für solche Rekonvalescenten Anstalten gäbe auf dem Lande, wo sie in einer ihnen zusagenden und ihrer früheren Thätigkeit entsprechenden Weise beschäftigt werden könnten, der Eine im Garten oder Feld, der Andere in der Schreiner- oder Schneiderwerkstätte, aber beschäftigt sollten sie werden und zwar regelmässig; an eine regelmässige Hausordnung sollten sie ebenfalls gewöhnt werden.

Daneben können dann noch alle anderen Behandlungsmethoden, sei es die Massage, sei es die Elektrizität, sei es die hydropathische Methode, einhergehen. Ich bin fest überzeugt, dass auf diese Weise Manche gerettet und Manche früher wiederhergestellt werden können, als es sonst der Fall ist. Ich hube aber doch den Eindruck, als ob in den letzten Jahren die Zahl solcher ganz verfahrener Fälle, welche Jahr und Tag sich hinzogen über die Entscheidung ihrer Unfallsansprüche, etwas seltener geworden wären.

Das sind die massgebenden Gesichtspunkte, welche wir als Praktiker diesen Fällen gegenüberstellen müssen; also wir müssen die psychischen Momente sowohl in der Genese des Symptomenkomplexes als bei der Behandlung in erster Linie im Auge behalten. Dr. Hildenstab-Graben.

Referate.

Obergutachten über das Stelzer'sche Verfahren zum Nachweis des Pferdefleisches.

(Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene.)

Der Rixdorfer Pferdefleischprozess ist seiner Zeit in No. 6 dieser Zeitung erwähnt. Jetzt wird nun von Prof. Dr. Ostertag das von dem technischen Kollegium der thierärztlichen Hochschule erstattete Obergutachten veröffentlicht, welches das von dem Kreischemiker Dr. Stelzer angewendete Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch für unrichtig erklärt. — Dr. Stelzer hatte bekundet: das eine von den beiden Stücken Mettwurst, welches von einem Fleischer in Rixdorf stammte, sah verdächtig aus, es war bläulich, wie Pferdefleisch. Dieses Stück hatte er in Säure gelegt, und an der Farbe hätte er gesehen, dass ein grosser Theil Pferdefleisch in der Wurst war. Auch durch Untersuchung der Fasern des Fleisches jener Wurst hätte er gefunden, dass Pferdefleisch verwandt wäre. Selbst der Laie könnte es der Wurst ansehen, dass sie Pferdefleisch enthielt. — Dr. Stelzer hat dann auf Ersuchen der Staatsanwaltschaft sein Untersuchungsverfahren näher beschrieben, welches im Wesentlichen darin besteht, dass er erstens Pferdefleisch mit Essigsäure behandelt, hierdurch werde dasselbe rein schwarz, und die so behandelte Wurst wurde dunkelgrau und nahm einen grünlichen Schein an. Zweitens bringt nach seiner Ansicht eine alkoholische Lösung von Kalihydrat (1:5 Alkohol [70 %]) bei Vermengung mit Wurst an den Fleischfasern des Pferdefleisches in der Wurst eine purpurrothe Färbung der Fasern hervor. Das sei hier geschehen.

Das Obergutachten hebt dagegen hervor, dass diese Charakteristik der Farbenveränderung des Fleisches nicht zutreffe: Fleisch von Pferden wurde bei der Nachprüfung infolge Essigsäurebehandlung nicht rein schwarz, sondern nur dunkelbraun, wogegen Fleisch vom Bullen eine viel dunklere, schwarzbraune Färbung annahm. Anderes Rindfleisch zeigte eine hellere Färbung als das Pferdefleisch. Der Unterschied wäre indessen unerheblich. — Fernerhin vermochten die Obergutachter bei der Nachprüfung der Einwirkung einer alkoholischen Lösung von Kalihydrat keine derartigen Farbenunterschiede zwischen Pferde- und Rindfleisch festzustellen, dass auf Grund derselben eine Unterscheidung der beiden Fleischsorten auch nur mit annähernder Sicherheit möglich gewesen wäre. Das Obergutachten erklärt daher das von Dr. Stelzer angewandte Verfahren nicht als geeignet, Pferdefleisch in Wurst nachzuweisen, da es zu negativen Schlüssen, zum Theil aber (z. B. bei Bullenfleisch und Würsten aus Bullenfleisch) direkt zu Trugschlüssen führen müsse. Letztere Thatsache sei aber von wesentlicher Bedeutung, weil zur Herstellung von Rindfleischwürsten vorzugsweise Bullenfleisch verwendet werde. Die bläuliche Färbung der beiden Mettwurststücke sei kein untrügliches Merkmal für das Vorhandensein von Pferdefleisch. Die Fleischbeschau verfügte aber bereits seit vier Jahren über ein Untersuchungsverfahren, durch welches Pferdefleisch als solches und in Würsten mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Dieses Verfahren beruht auf dem Nachweise eines im Pferdefleisch in verhältnissmässig grosser Menge vorhandenen chemischen Körpers, des sog. Glycogen's

Danach kommt das Obergutachten zu dem Schluss, dass das von dem Sachverständigen Dr. Stelzer eingeschlagene Ver-

fahren zur sicheren Ermittelung von Pferdefleich in der beschlagnahmten und von ihm untersuchten Wurst nicht führen konnte. —

Gerichtliche Entscheidungen.

Tod eines Kindes angeblich durch Verbrühung.*)

Mitgetheilt von Rechtsanwalt Schönfeld-Breslau.

Am 10. November 1894 wurde eine hiesige Hebamme von der Strafkammer wegen fahrlässiger Tödtung zu vier Monaten Gefängniss verurtheilt.

Angeblich sollte sie am 21. Juli 1894 ein zwei Tage vorher geborenes Kind im Wasser von 40—50 Grad R. gebadet und die Temperatur des Badewassers vorher nicht gemessen haben. Das Kind soll hiervon nach einigen Tagen Brandblasen gezeigt haben und soll der am 2. August 1894 erfolgte Tod des Kindes durch jenes Bad herbeigeführt worden sein. Fest stand, dass die Hebamme das Kind nur am 19. Juli (sofort nach der Geburt), am 21. Juli (angeblich zu heiss) und am 23. Juli 1894 gebadet hatte, während am 22. Juli 1894 und seit dem 23. Juli 1893 bis zum Tode die — aussereheliche — Mutter das Baden selbst besorgt hat.

Die gerichtsärztlichen Sachverständigen, welche das Kind am 4. August 1895 sezirt hatten, begutachteten mit Bestimmtheit, dass das Kind an Verbrühung gestorben sei und dass das Bad vom 21. Juli 1895 jedenfalls die Todesursache sei, da es eine Temperatur von 40—50 Grad R. gehabt haben müsse, die Hebamme auch durch jenes zu heisse Bad die Pflichten verletzt habe, welche ihr der § 127 des Preussischen Hebammenlehrbuches auferlege.

Selbst mir, als medizinischem Laien, war dies Urtheil, als ich einen Bericht darüber in der Zeitung las, besonders dadurch auffallend, dass das Kind noch bis zum 2. August 1894 gelebt haben sollte.

Kurz darauf wandte sich die Verurtheilte an mich mit der Bitte, ihre Vertheidigung zu übernehmen. Sie behauptete, das Bad mit dem Maximalthermometer gemessen und eine Temperatur von 34 Grad Celsius festgestellt zu haben. Das Kind sei sehr schwächlich und kaum lebensfähig gewesen, habe auch von der Geburt an bereits auffällige Flecke auf der Haut gezeigt. Die Vorsitzende des hiesigen Hebammenvereins gab mir gleichzeitig an, die Verurtheilte sei eine der zuverlässigsten Hebammen Breslaus, habe ihr Examen mit „gut“ bestanden und fungire bereits seit 20 Jahren völlig vorwurfsfrei als Hebamme.

Da leider gegen die Urtheile der Strafkammer eine Berufung nicht gegeben ist, blieb zunächst nichts weiter übrig als nach einem Revisionsgrunde zu suchen.

Zum Glück fand ich einen solchen darin, dass das Verhandlungsprotokoll nichts über die Vereidigung der als Hauptbelastungszeugin vernommenen ausserehelichen Mutter des angeblich verbrühten Kindes enthielt. Das Reichsgericht hob auch, und zwar lediglich aus diesem Grunde, durch Urtheil vom 29. Januar 1895 das Strafkammerurtheil auf und verwies die Sache zu nochmaliger Verhandlung an dieselbe Kammer zurück. Inzwischen war ein reichliches Entlastungsmaterial gesammelt worden, von welchem hier nur der medizinische Theil interessiren dürfte.

Ich verschaffte mir in erster Linie eine Abschrift des Sektionsprotokolls und legte dieselbe einem befreundeten Arzt vor, dem die Sache ebenfalls schon nach dem Zeitungsbericht höchst auffällig erschienen war und der mir angegeben hatte, dass bei Neugeborenen Hautkrankheiten beobachtet würden, welche einer Verbrühung sehr ähnlich seien. Nach Ansicht dieses Arztes sowie eines Spezialarztes für Chirurgie und eines solchen für Hautkrankheiten war aus dem Sektionsprotokoll ein bestimmter Anhalt für eine Verbrühung nicht zu entnehmen, im Gegentheil waren in demselben Umstände enthalten, welche eine solche Verbrühung insbesondere im Bade nicht gerade wahrscheinlich machten, so: dass die konstatirten Verletzungen sich nicht über ganze Flächen verbreiteten, sondern sich nur sporadisch in einzelnen scharf umrandeten kleinen Partien zeigten, dass nur die Rückenfläche der Hände und die Finger der ersten Handglieder Verletzungen aufwiesen, nicht auch die Innenfläche und die übrigen Glieder; nur die Fusssohlen, nicht auch der Fussrücken; nur die Oberschenkel, nicht auch die Unterschenkel, und ganz besonders, dass sehr erhebliche, scharf abgegrenzte Verletzungen an beiden Wangen vorhanden waren.

Ferner erschien es diesen Aerzten ebenfalls höchst auffallend, dass das Kind noch so lange gelebt haben sollte, zumal es sehr schwächlich (bei der Sektion nur 1600 Gramm schwer und nur 43 cm lang) gewesen war, sowie ferner, dass Blasen erst einige Tage nach der angeblichen Verbrühung hervorgetreten sein sollten. Bei den Gerichtsakten befand sich noch ein Attest eines Militärarztes, des einzigen Mediziners, welcher das Kind zu Lebzeiten, indess erst einen Tag vor dem Tode, gesehen hatte. Dies Attest wird unten abgedruckt. Auch aus diesem Atteste erklärten meine Sachverständigen, einen bestimmten Schluss auf Verbrühung nicht ziehen zu können. Nicht ganz unwichtig erschien diesen Aerzten auch, dass, wie ich ermittelt hatte, die Mutter des Kindes bereits vorher zwei Kinder gehabt hat, welche sämmtlich nur kurze Zeit gelebt haben und dass sie selbst im Jahre 1890 an Lues behandelt worden ist.

Ich hielt es für angebracht, gegenüber dem bestimmten Gutachten der beiden Aerzte, welche die Sektion vorgenommen hatten, und gegenüber dem Attest die grössten, irgendwie in Frage kommenden, hiesigen medizinischen Autoritäten bei der neuen Verhandlung, welche am 4. Juli d. J. stattfand, vernehmen zu lassen.

Bei dieser Verhandlung blieb nur einer der beiden Obduzenten gegenüber den von mir hervorgehobenen Momenten bestimmt dabei stehen, dass der Tod des Kindes durch Verbrühen herbeigeführt sei. Er war der Meinung, dass das Hebammenlehrbuch gerade deswegen 35° C. als Maximum vorgeschrieben habe, weil schon Ueberschreitungen dieser Temperatur um wenige Grade tödliche Verbrühungen herbeiführen könnten; dass das Hebammenlehrbuch hier auch ein Messungsmittels des Ellenbogens (im § 127) zulasse, erklärte er damit, dass er dies nur in Ermangelung eines Thermometers für zulässig halte. Er hielt es für möglich, dass von einer am 21. Juli 1894 stattgehabten Verbrühung sich, wie die Mutter bekundete, Blasen erst in der Nacht vom 23. zum 24. Juli 1894 gezeigt hätten, obwohl der Vorsitzende des Gerichts ihn darauf hinwies, dass dies der allgemeinen Erfahrung widerspräche. Der andere Obduzent berief sich für eine Verbrühung darauf, dass die Verletzungen hauptsächlich sich am hinteren Theil, am Rücken und am Gesäss, gezeigt hätten und nahm an, dass das Kind wohl nur halb im Wasser gewesen sei. Den Flecken im Gesicht erklärte er damit, dass, nach der Aussage der Mutter, die Hebamme das Kind mit einem Lappen im Gesichte gewaschen habe. Er war nicht mehr, wie bei der ersten Verhandlung, der Ansicht, dass das Badewasser 40—50° R. gehabt haben müsse, sondern nimmt an, dass es auch wenige Grade über 35° C. gehabt haben könne, um die beobachteten Verletzungen zu erzeugen.

*) Die grundsätzliche Wichtigkeit dieses Falles, der bereits in der Tagespresse erwähnt ist, hat die Redaktion veranlasst, den Verth. als denjenigen, welchem das gesammte Thatsachenmaterial am schnellsten und genauesten zu Gebote steht, um den folgenden Bericht zu bitten.

Der Arzt, welcher das Kind am 1. August 1894 gesehen und das Attest ausgestellt hat, gab an, dass er auch die Möglichkeit einer anderen Krankheit, insbesondere des Pemphigus, zugeben müsse; ja, er war der Ansicht, dass, wenn wirklich eine Verbrühung stattgefunden haben sollte, dieselbe nach den von ihm beobachteten Verletzungen weit später als am 21. Juli 1894 erfolgt sein müsste.

Herr Prof. Dr. Neisser gab sein Gutachten dahin ab, dass im Sektionsprotokoll und nach der sonstigen Beweisaufnahme eine Verbrühung nicht als erwiesen anzusehen sei, dass im Gegentheil die bereits von mir hervorgehobenen Momente eher für eine Hautkrankheit sprächen; bei der ausserordentlichen Schwäche des Kindes, das nach der Angabe der Mutter ein Siebenmonatkind war, sei es auch möglich, dass das Kind überhaupt nicht lebensfähig gewesen sei. Er hält Lues für nicht unwahrscheinlich, da die Mutter an solcher behandelt worden; dass am Gesäss und hinteren Theil des Rückens die Verletzungen am grössten waren, erklärt er damit, dass das Kind dort am meisten aufliege und sich reibe.

Herr Sanitätsrath Dr. Jacobi, Polizei- und Stadtphysikus, dem seit Jahren amtlich die Hebammenbeaufsichtigung obliegt, sprach sich als Gutachter dahin aus, dass die Ansicht, es könnten durch geringe Ueberschreitung der 35° C. schon Verletzungen entstehen, eine veraltete und irrthümliche sei, sonst müsste man von solchen Verletzungen viel öfter hören. Nur zwei Vertreter habe seines Wissens diese Ansicht in der Literatur überhaupt gefunden, insbesondere Dr. Bohne. Dass das Hebammenlehrbuch auf die 35° C. keinen besonders grossen Werth lege, ergebe sich sowohl daraus, dass es in demselben Paragraphen die Messung mit dem Ellenbogen zulasse, als auch daraus, dass es selbst einige Seiten später von 36° C. spreche. Wenn nur mit dem Thermometer gemessen würde, glaube er, dass weit eher Verbrühungen vorkommen würden, weil die verwendeten Thermometer nicht immer gerade sehr zuverlässig seien. Es habe die Angeklagte einige Bäder machen lassen, wobei dieselbe eine ganz ausserordentliche Sicherheit im Treffen der Temperatur bewiesen habe. Ueberhaupt hätten sich die allermeisten Fälle von angeblichen Verbrühungen durch Hebammen als Irrthümer herausgestellt. Schliesslich halte er es für kaum denkbar, dass eine Hebamme ein Kind, wenn sie es nicht direkt fallen lasse, im Bade verbrühe, da sie sich dann selbst verbrühen müsste.

Herr Geh. Medizinalrath Prof. Dr. Ponfick begutachtete, dass das Sektionsprotokoll keinerlei bestimmten Anhalt weder nach der einen noch nach der anderen Richtung gebe; auch seien an den inneren Organen keinerlei charakteristische Veränderungen konstatirt; was die Lokalisirung der äusseren Verletzungen anbetreffe, so seien die beiden scharfumrandeten Verletzungen auf den Wangen eher gegen eine Verbrühung zu deuten.

Herr Prof. Dr. Czerny gab sein Gutachten dahin ab, dass für eine Verbrühung nicht das Mindeste spreche; er sei sechs Jahre Arzt an einer Findelanstalt zu Prag, die gleichzeitig Universitätsinstitut sei, thätig gewesen, einer Anstalt, an welcher täglich eine grosse Zahl von Neugeborenen gebadet wurden, und glaube daher auf diesem Gebiete eine reichere Erfahrung zu haben als die Gerichtsärzte. In jener Anstalt sei die Thermometrie überhaupt nicht eingeführt; wenn sie nothwendig wäre, würde eine k. k. Unterrichtsverwaltung sie wohl längst eingeführt haben. Er hält ebenfalls die Ansicht für falsch, dass geringe Ueberschreitungen von 35 Grad Celsius Verletzungen erzeugten.

Es käme bei neugeborenen Kindern, besonders solchen, wie das hier in Frage kommende, nicht selten Sepsis vor und sprächen viele Anzeichen dafür, dass es sich hier um einen solchen Fall handle. Die Lokalisirung spräche entschieden gegen eine Verbrühung, ganz besonders die Verletzungen im Gesicht, denn bei Verbrühung hätte das ganze Gesicht verletzt sein müssen. Eine richtige Verbrühung zeige so charakteristische Erscheinungen, dass ein Arzt sie sofort erkennen müsse und zwar auch noch weit später; wenn ein Arzt erst darüber zweifle, ob eine Verbrühung vorliege oder nicht, dann könne man sicher annehmen, es sei keine Verbrühung. Den Einwand des einen Obduzenten, dass demselben Verbrühungen vorgekommen seien, die nur sporadische Verletzungen zur Folge gehabt hätten, dass dies insbesondere bei einem von ihm sezirten Kinde der Fall gewesen sei, welches mit dem Kopf in einen Topf voll heisser Suppe gefallen sei, widerlegte Herr Prof. Dr. Czerny damit, dass dies Kind jedenfalls in erster Linie an einem Erstickungstode zu Grunde gegangen sei.

Nach Abgabe dieser Gutachten wurde allseitig auf jede weitere Beweisaufnahme verzichtet und die Angeklagte freigesprochen.

Beilagen

No. I. Arztattest.

Gestern Abend zu Frau Sch., hier, Federstrasse 5, gerufen, da ihr Kind an Krämpfen leiden sollte, fand ich ein sehr kleines schwächliches Kind im Alter von etwa 14 Tagen. Der kleine Körper und das Gesicht zeigten an vielen Stellen, hauptsächlich den Wangen, dem Kinn, Gesäss, den Oberschenkeln, Händen und Füssen, Brandwunden, welche zum Theil schon in der Heilung begriffen waren. Frau Sch. ist der Ansicht, das Kind sei von der Hebamme zu heiss gebadet, was immerhin möglich ist. Anfangs sollen am Körper des Kindes grosse Blasen bestanden haben. Spuren sind noch an den Händen und Füssen zu sehen. Krämpfe habe ich nicht beobachtet; doch ist die Aussage der Frau Sch. glaubhaft; es nimmt kein Wunder, wenn ein derartiges, anscheinend verbrühtes Kind Krämpfe bekommt.

Breslau, den 2. August 1894.

No. II. Sektionsprotokoll,

betreffend die am 4. Aug. 1894 vorgenommene Sektion der Leiche der am 19. Juli d. J. geborenen und am 2. August d. J. verstorbenen Adelheid Sch.

A. Aeussere Besichtigung.

1. Die 14 Tage alte Leiche des 1600 gr schweren, 43 cm langen Mädchens Adelheid Sch. zeigt einen regelmässigen aber schwach entwickelten Bau.

2. Die Farbe der Haut ist an der Vorderfläche des Rumpfes, wo die Oberhaut zum Theil fehlt, eine blasse und dunkelgrüne. An der Rückfläche fehlt gleichfalls die Oberhaut und die Lederhaut liegt als eine feuchte, theils schmutziggrüne, theils braunrothe Schicht zu Tage.

3. Der Kopf ist mit dunkelblonden, bis 2 cm langen Haaren spärlich bedeckt. Die grosse Fontanelle misst 3 cm in der Länge wie in der Breite. Die Nasen- und Ohrenknorpel sind weich,

4. die Augenbindehäute blass, die Hornhäute durchweg stark getrübt, so dass die Pupillen nicht erkennbar sind.

5. In den natürlichen Körperöffnungen kein unnatürlicher Inhalt.

6. An beiden Wangen finden sich unregelmässig gestaltete dunkelbräunliche Färbungen der Haut, linkerseits 4, rechterseits $3^1/_2$ cm lang und bis $1^1/_2$ cm breit. An diesen Stellen fehlt die Oberhaut und die scharf umgrenzten bräunlichen Partien liegen unter dem Niveau der Umgebung. Eine gleichbeschaffene Partie befindet sich an dem äusseren Ende des rechten Augenbrauenbogens von rundlicher Gestalt und 1 cm Durchmesser, ferner an der linken Seite des Kinnes von Linsengrösse, und auch der Saum der Ober- wie der Unterlippe

haben gleiche Beschaffenheit in der Breite von 1 bis 2 cm Einschnitte in die genannten Partien zeigen keinen freien Blutaustritt.

7. Beide Hände zeigen an ihrer Rückfläche, ebenso die Finger an den ersten Gliedern eine dunkelbraune Färbung und eine trockene, pergamentartige Beschaffenheit, sowie vollständigen Verlust der Oberhaut an einzelnen Stellen; namentlich an beiden Daumen findet sich ein wenig mehr umfänglicher Bluterguss im Hautgewebe von nicht messbarer Dicke.

8. Die untere Hälfte des Rückens, das Gesäss, die Hinterfläche des linken Oberschenkels, sowie das oberste Drittel der hinteren und Aussenfläche des rechten Oberschenkels ist mit lose anhaftenden Borken und Hautschuppen bedeckt, nach deren Entfernung die Lederhaut als eine feuchte, theils helle, theils dunkelbraune Schicht zu Tage liegt. Hier ergeben Einschnitte überall einen ausgedehnten Blutaustritt im Hautgewebe von 1 mm Dicke. Die beschriebene Partie ist etwas geschwollen und setzt sich scharf gegen die Umgebung ab, sie misst in der Länge gegen 12, in der Breite etwa 11 cm.

9. An beiden Fusssohlen fehlt die Oberhaut mit Ausnahme der Zehen vollständig, ebenso an dem inneren und äusseren Rande der Füsse, die Lederhaut ist theils blass, theils roth, über der rechten Ferse befindet sich eine 2 cm lange, 1 cm breite, 3eckig gestaltete, etwas eingesunkene Partie von trockener, braunrother Beschaffenheit; hier ergeben Einschnitte durchweg einen flächenhaften, 1 mm dicken Bluterguss im Gewebe der Haut.

10. Die Leiche verbreitet einen schwachen Fäulnissgeruch. Leichenstarre ist nicht vorhanden.

B. Innere Besichtigung. I. Kopfhöhle.

11. Die weichen Schädeldecken sind innen vorn blass, innen hinten blass- bis dunkelroth in Folge von Fäulnissimbinition, sonst durchweg unversehrt.

12. Das Schädeldach ist von geringer Dicke und schwer überall unversehrt, die Nähte überall erhalten.

13. Die weiche Hirnhaut und das Gehirn zerfliessen bei dem Versuch, sie herauszunehmen, zu einem blassen, formlosen Brei, an welchem Einzelheiten nicht zu erkennen. Blutaustretungen und Herderkrankungen sind nicht wahrzunehmen.

14. Die harte Hirnhaut der Schädelgrundfläche ist ebenso wie die des Daches blass, glatt und unversehrt und haftet ziemlich fest dem Knochen an.

II. Brust- und Bauchhöhle.

15. Das Fettpolster des Stammes ist blassgelb, 2—3 cm dick. Die Muskulatur blass, röthlich und feucht.

16. Das Zwerchfell steht rechts an der fünften, links an der sechsten Rippe.

17. Das Bauchfell überall glatt und zart, im kleinen Becken wenige Tropfen schmutzigröthlicher, klarer Flüssigkeit.

18. Der vorderen Bauchwand liegen an ein grosser Theil der braunroth schlaffen Leber, das fettarme zusammengerollte Netz, ein Theil des blassröthlichen, mit Gas erfüllten Magens und blasse, mit Gas erfüllte Darmschlingen. Sämmtliche Eingeweide befinden sich in natürlicher Lage.

a. Brusthöhle.

19. Die Lungen bedecken den Herzbeutel, dessen Aussenfläche wie die der grösseren Gefässe blass ist, zu grossen Theil.

20. Die Innenfläche des Herzbeutels, welcher wenige Tropfen klarer, hellgelber Flüssigkeit enthält, ist ebenfalls glatt und blass.

20. Das Herz, von der Grösse der Faust der Leiche, ist durchweg schlaff, und aus seinen Höhlen entleeren sich nur wenige Tropfen dunkelrothen, flüssigen Blutes. Die Vorhofkammermündungen sind für die Spitze des kleinen Fingers durchgängig. Die halbmondförmigen Klappen schliessen auf Wassererguss. Sämmtliche Herzklappen sowie die Innenhaut des Herzens ist zart, glatt und glänzend. Das Herzfleisch ist blauroth, durchweg trübe und leicht zerreisslich, in Folge von Fäulniss.

22. Die linke Lunge sowie

23. die rechte sind schlaff, ihr seröser Ueberzug blass, glatt und ungetrübt. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe überall lufthaltig, mässig feucht und braunroth. Die Verzweigungen der Luftwege sind leer, Schleimhaut blass und nicht geschwollen.

24. Die Schlagader am Halse, sowie die Blutadern und Nervenstränge neben ihnen sind unverändert und unversehrt.

25. Die Zunge, die Mandeln und die Speicheldrüsen bieten keinerlei krankhafte Veränderungen.

26. Der Rachen sowie

27. Die Speiseröhre sind leer, Schleimhäute glatt und unverändert.

28. Der Kehlkopf und

29. die Luftröhre sind leer, ihre Schleimhäute blass, glatt und nicht geschwollen.

b. Bauchhöhle.

30. Die Milz misst 7,41 cm. Die Kapsel schiefergrau, blass. Das Organ sehr weich, auf dem Durchschnitt bräunlichroth, fast zerfliessend. Einzelheiten nicht erkennbar.

31. Die linke Nebenniere sowie

32. die rechte stellen einen formlosen Brei dar.

33. Die linke Niere ist äusserst schlaff, Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche braunroth, glatt; die Schnittfläche von gleicher Färbung. Einzelheiten wegen hochgradiger Fäulniss nicht erkennbar.

34. Die rechte Niere zeigt die gleiche Beschaffenheit.

35. Die Harnblase leer, Schleimhaut blass und unverändert.

36. Die Geschlechtstheile bieten nichts Erwähnenswerthes.

37. Die Bauchspeicheldrüsen sowie die Gekrösedrüsen von gewöhnlicher Grösse, ohne krankhafte Abweichungen.

38. Der Magen enthält weniger sauer reagirende Flüssigkeit. Die Schleimhaut ist blass, glatt und nicht geschwollen.

39. Im Dünndarm eine spärliche Menge dünnflüssiges, graugelbes Material. Die Schleimhaut glatt, unversehrt und nicht geschwollen.

40. Im Dickdarm eine mässig reichliche Menge gelben, geformten Kothes. Die Schleimhaut unverändert.

41. Die Leber äusserst schlaff, schiefriggrau, auf der Schnittfläche schmutzigbraunroth. Die Zeichnung des Organs wegen Fäulniss nicht erkennbar.

42. Die grossen Gefässe vor der Wirbelsäule leer, die Innenwände glatt und unverändert.

43. Die Knochen des Rumpfes und der Gliedmassen unverändert.

Vorläufiges Gutachten: Das Kind Adelheid Sch. ist an Verbrühung gestorben.

No. III. Gründe des ersten Urtheils.

Die Hebamme Auguste K., welche der ledigen Marie Sch. zu Breslau bei der Geburt ihres Kindes am 19. Juli 1894 beigestanden hatte, badete dieses Kind am 21. Juli in warmem Wasser, ohne dessen Temperatur mit dem Thermometer oder durch Hineinhalten des Ellenbogens nachzumessen. Beim Baden schrie das Kind und hörte auch nach dem Herausnehmen aus dem Bade nicht auf, zu schreien; das Schreien hielt vielmehr $2^1/_2$ Stunden an. Bald nachher entdeckten die Kindesmutter und die Zeugin Louise R., dass der Körper des Kindes, insbesondere an den Stellen, mit denen es im Wasser gelegen, mit rothblauen Flecken bedeckt war. Nach einigen Tagen war der Körper des Kindes an diesen Stellen mit Brandblasen bedeckt. Am 2. August starb es. Die Sektion der Leiche ergab Ver-

brühung, wie sie 40—50 Grad Reaumur hervorbringen, als Todesursache. Es war mehr als ein Dritttheil der Hautoberfläche durch Blasenbildung zerstört. Die Angeklagte behauptet zwar, die Temperatur des Bades am 21. Juli mit dem Maximal-Thermometer nachgemessen und auf 34 Grad Celsius festgestellt zu haben, auch will sie die erwähnten blauen Flecken schon vor jenem Bade bald nach der Geburt des Kindes bemerkt haben, doch ist das Gegentheil hiervon durch die eidlichen Aussagen der Zeuginnen Marie Sch. und Louise R. erwiesen. Die Sch. hat das Badewasser des Kindes nachträglich zu ihrer Reinigung benutzt und dabei wahrgenommen, dass dasselbe mehr Wärme noch zu jener Zeit besass, als das gewöhnliche Badewasser zu 27 Grad Reaumur zu besitzen pflegt.

Da das Schreien des Kindes und die unmittelbar nach dem Bade entstandenen Flecke und Blasen einen Zweifel darüber, dass die Verbrühung in dem von der Angeklagten bereiteten Bade stattgefunden hat, nicht aufkommen lassen, die Angeklagte aber nicht nur bei der nöthigen, ihr auch möglichen Aufmerksamkeit den Tod des Kindes der Sch. als Erfolg ihres Handelns hätte voraussehen können und ohne deren Fehlen das Kind nicht im Wasser von über 40 Grad Wärme nach Reaumur gebadet, alsdann aber dessen Leben erhalten worden wäre, sondern auch durch ihren Beruf als Hebamme nach ihrer Instruktion verpflichtet war, die Temperatur des Bades mit dem Thermometer oder in dessen Ermangelung doch mit dem Ellenbogen nachzumessen, was sie jedoch erwiesenermassen unterlassen hat, so steht thatsächlich fest, dass die Angeklagte zu Breslau am 21. Juli 1894 durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht hat und zwar, indem sie zu der Aufmerksamkeit, welche sie aus den Augen setzte, vermöge ihres Berufes besonders verpflichtet war.

Sie war daher aus § 222 I, II St. G. B. zu bestrafen.

Mit Rücksicht darauf, dass sie bei ihrer langjährigen Thätigkeit als Hebamme sich bisher kein Versehen hat zu Schulden kommen lassen, erschien eine Gefängnissstrafe von nur vier Monaten als angemessen, wobei noch ihre bisherige Unbescholtenheit berücksichtigt worden ist. Die Kosten des Verfahrens fallen der Angeklagten nach § 497 Straf-Prozess-Ordnung zur Last.

Tagesgeschichte.

Vergiftung durch eine Sublimatpastille von der Vagina aus.

Die Apotheker-Zeitung vom 6. Juli 1895 berichtet über einen höchst bemerkenswerthen Vergiftungsprozess aus dem Reichsgericht, der die Gefährlichkeit der dem freien Handverkauf überlassenen Quecksilbersublimatpastillen in krasser Weise vor Augen führt. Ein junger Mann H. erfuhr von dem Droguisten v. E. gesprächsweise, dass Sublimatpastillen ein gutes Präventivmittel gegen Ansteckung beim Coitus seien. Bald darauf bezog H. von diesem Droguisten Sublimatpastillen, ohne eine Gebrauchsanweisung zu erbitten oder zu erhalten. Bei seinem nächsten Zusammenkommen mit dem der Ansteckung verdächtigen Mädchen K. führte nun H. eine Sublimatpastille, nachdem er dieselbe etwas mit Wasser angefeuchtet hatte, ante coitum in die Vagina des Mädchens ein. Nach dem Akte löste er die zweite Pastille in Wasser auf und wusch sich selbst damit. Unmittelbar danach zeigten sich bei dem Mädchen heftige Schmerzen in vagina und uterus, die auch dann nicht nachliessen, als H., der jetzt ängstlich wurde, ihr eine Milcheinspritzung applizirte. Die Schmerzen steigerten sich immer mehr, sodass sich eine Ueberführung nach dem Krankenhause nöthig machte, wo das unglückliche Opfer noch in der Nacht seinen Schmerzen erlag. Als Todesursache wurde eine akute Quecksilbervergiftung konstatirt.

Das Landgericht zu Mannheim stellte auf Grund der Beweisaufnahme fest, dass allerdings Quecksilbersublimat zu Desinfektionszwecken Verwendung finde, doch müsse eine Pastille zuvor in Wasser aufgelöst werden, und dieses Sublimatwasser ist dann zu appliziren, nicht aber die Pastille selbst, welche nach dem Sachverständigengutachten ausreicht, um mehrere Menschen zu tödten. Dem H. wurde zur Last gelegt, die Sublimatpastille angewendet zu haben, ohne zu wissen, wie damit umzugehen sei. Dem Droguisten hielt der Richter entgegen, dass er sich nicht darauf berufen könne; wenn eine gewisse Laxheit im Verkehr mit Giften eingerissen sei; nach der Kaiserl. Verordnung v. 27. Januar 1890 sollen derartige Gifte nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden, und ergänzend träte ferner eine badische Ministerialverordnung hinzu, welche bestimmt, dass derartige Droguen, darunter auch Sublimat, nur gegen ärztliches Rezept abzugeben sind. — Das Landgericht Mannheim verurtheilte daher den Droguisten v. E. und seinen Bekannten H. wegen fahrlässiger Tödtung und Uebertretung gegen § 367, 3 des St. G. B. und gegen § 1 der Kaiserl. Verordnung v. 27. Januar 1890 bez. Vergehens gegen § 222, 1 St. G. B. je zu fünf Monaten Gefängniss; und das Reichsgericht verwarf die seitens der Verurtheilten eingelegte Revision.

Beschwerde gegen eine Aerztekammer.

Einige ärztliche Vereine der Provinz Brandenburg haben sich bei dem Herrn Oberpräsidenten über die Berlin-Brandenburger Aerztekammer beschwert, weil dieselbe mit der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft ihrer Provinz ein Abkommen getroffen hat, wonach alle Aerzte, „so lange sie die in dem Vertrage festgestellten Bedingungen anerkennen“, nach bestimmten Honorarsätzen als Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaft wirken sollen.

Die Beschwerdeführer behaupten, die Kammer habe ihre Zuständigkeit überschritten, zumal nur der Staat das Recht habe, „Taxvorschriften“ für Aerzte zu erlassen.

Wir glauben nicht, dass die Beschwerde Erfolg haben wird. Es handelt sich hier um keine bindende Taxe, sondern nur um eine Vereinbarung, der sich zu fügen es in Jedes Belieben steht. Es ist ausserdem nichts Neues, wenn Aerztekammern solche Vereinbarungen schliessen; schon vor Jahren haben einzelne Kammern, so auch die Berlin-Brandenburgische, gleiche Abkommen mit den Invaliditäts-Versicherungs-Anstalten getroffen.

Schliesslich fällt es gewiss in den Geschäftskreis der Kammern, wenn sie „in Vertretung ärztlicher Standesinteressen“ (§ 2 der Allerhöchsten Verordnung vom 25. Mai 1887) jedem Arzte es möglich machen, sein Einkommen und die Würde seiner Stellung durch die Berechtigung, vertrauensärztliche Gutachten abzugeben, zu vergrössern.

XXIII. deutscher Aerztetag.

Der in Eisenach am 28. und 29. Juni d. J. tagende XXIII. deutsche Aerztetag hat die in der Konferenz vom 17. März 1895 zwischen Delegirten des Vorstandes der deutschen Aerztevereine und den Vorständen der Lebensversicherungs-Gesellschaften aufgestellten Grundsätze für die Regelung des Verhältnisses zwischen den Vertrauensärzten und den Lebensversicherungs-Gesellschaften, wie sie von uns in No. 10 dieser Zeitung mitgetheilt sind, mit geringfügigen Aenderungen angenommen. — Die vorgeschlagenen Thesen zu Gunsten der freien Arztwahl wurden mit 9284 gegen 1020 Stimmen angenommen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. | № 15. | Ausgegeben am 1. August.

Körpermessungen und Lebensversicherung.

Von
Dr. **Florschütz**-Gotha.
Phys. a. D.

Von grösster Wichtigkeit und ausschlaggebender Bedeutung für die Lebensversicherungsanstalten ist ihre ärztliche Abtheilung. Sie setzt sich nach zwei Instanzen zusammen: aus den der Centralstelle unmittelbar beigegebenen Anstaltsärzten (Revisions-Bankärzten) und den über das ganze Versicherungsgebiet räumlich vertheilten Vertrauens- oder Agenturärzten. Die Aufgabe der letzteren ist die Diagnostik, die der ersteren die Semiotik. Der Vertrauensarzt ist der untersuchende, der die Semiotik vorbereitende Theil; wie der prakt. Arzt erst die Diagnose haben muss, die genaue Bestimmung Dessen, was er heilen soll, so muss der Anstaltsarzt die genaue Kenntniss von Dem haben, was er versichern soll, und die soll der Vertrauensarzt geben. Die Bank hat nur Interesse an seiner Thätigkeit, so lange er beobachtet, untersucht und das Gefundene richtig skizzirt. Das Gefundene zu deuten und für die Zwecke der Bank zu verwerthen, ist einzig und allein die Sache der Bankärzte. Jede Anstalt fordert daher von ihren Vertrauensärzten im Wesentlichen nur folgende zwei Punkte:

1. Der Vertrauensarzt muss gut examiniren können, d. h. er muss wissen, worauf er im gegebenen Falle seine besondere Aufmerksamkeit zu richten hat. Von grösster Bedeutung ist hier ein auf reicher Erfahrung beruhender praktischer Blick für Krankheitsanlagen etc.; Fingerzeige geben die Familiengeschichte, die Deklarationsangaben des Antragstellers. Die gründlichste Erforschung der Aetiologie jeder überstandenen Erkrankung ist absolut nothwendig, Faktoren wie Wohnungsverhältnisse, Beruf, Alkoholismus, Syphilis, hereditäre und erworbene Dispositionen sind dabei aufs Eingehendste zu berücksichtigen.

2. Der Vertrauensarzt muss die Untersuchungstechnik auf das gründlichste beherrschen und gründliche Kenntniss von der örtlichen Existenz der am Menschen möglichen physiologischen und pathologischen Erscheinungen haben und die Beziehung bestimmter pathologischer Erscheinungen zu einem bestimmten Krankheitsbild kennen, damit er vorkommenden Falls alle Erscheinungen des Krankheitsbildes möglichst erschöpfend behandeln kann.

Ein Weiteres von den Vertrauensärzten zu verlangen, hat die Bank durchaus kein Interesse; alles Weitere geht nur den Bankarzt an. An diesem ist es aus dem Mitgetheilten das für die Beurtheilung wichtige Gewesene, Vorhandene oder noch Kommende (zu Fürchtende) herauszulesen, daraus die Diagnose und Prognose zu machen — das zusammenfassende Urtheil über die Auf- oder Nichtaufnehmbarkeit des Falles.

Es bedarf nicht noch der Betonung, dass nur gut die beschreibenden und mit Verständniss für den konkreten Fall abgefassten Gutachten für den Bankarzt die allein brauchbaren sind, denn nur aus diesen kann er sich das absolut nothwendige, selbstständige Urtheil bilden, niemals aber aus den nur urtheilenden Gutachten, die ihn einfach zwingen, das Urtheil des Vertrauensarztes zu dem seinigen zu machen. Damit ist aber seine ganze Thätigkeit für die Bank illusorisch.

Nun weiss aber jeder Praktiker zur Genüge, dass man am Krankenbett die Prognose nur in den wenigsten Fällen (wie z. B. bei den malignen Tumoren) aus dem Befunde allein stellt, in den meisten Fällen ist der Allgemeineindruck, der Allgemeinstatus das für die Prognose in erster Linie mit entscheidende Moment. Nicht anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um einen z. Z. ganz gesunden oder doch wenigstens nicht wesentlich Anbrüchigen handelt für die Zwecke der Lebensversicherung. Ja, hier spielt der Allgemeineindruck eine vielleicht noch grössere Rolle, und doch muss der Bankarzt gerade immer auf diesen auf Grund eigener Anschauung verzichten, weil er nur ganz ausnahmsweise einen Antragsteller zufällig einmal kennt. Er muss sich hier, ebenso wie in allen übrigen, auf die Beschreibung eines Kollegen verlassen, und so sicher dieser Stützpunkt bei der Beschreibung der einzelnen Organbefunde in der Regel ist, wo direkt physiologische oder pathologische Verhältnisse beschrieben werden können, so unsicher ist er hinsichtlich des Allgemeinstatus. Die Bankärzte können fast täglich die Beobachtung machen, dass die Frage: Wie sind die allgemeinen körperlichen Verhältnisse beschaffen? nur in Ausnahmefällen von Zweien gleich beantwortet wird. Hier spielt eben die subjektive Auffassung eine viel grössere Rolle als die objektive. Was der Eine z. B. mager nennt, nennt der Andere noch gut genährt; gut genährt wird aber noch oft Einer genannt, der bereits als fettleibig zu begutachten ist; und der Fettleibigste geht oft unter der Bezeichnung

„vor Gesundheit strotzend". Auf Alles mag sich darum der Bankarzt in dem vertrauensärztlichen Gutachten verlassen, nur nicht auf die Beurtheilung des Allgemeinstatus und doch kommt gerade auf diesen bei der Prognose quoad longam vitam besonders viel an.

Es muss daher immer das Bestreben der Bankärzte sein, auch hier das Subjektive durch das Objektive möglichst zu ersetzen. Sie versuchten es zunächst dadurch zu erreichen, dass sie durch eine Anzahl von Unterfragen in den Formularen den Allgemeinstatus zerlegten: Muskulatur, Korpulenz, Magerkeit, Knochenbau, Farbe und Ausdruck des Gesichts, Haltung u. s. w., ohne jedoch damit ihrem Ziele wesentlich näher zu kommen. Erst mit der Nutzbarmachung der Körpermessungen auch für die Lebensversicherungsanstalten brach hier eine neue Aera an oder besser — wäre angebrochen, wenn die Herrn Vertrauensärzte sich gewissenhaft den einzelnen Messungen unterzogen hätten oder unterziehen würden. Denn leider ist das auch heute noch nicht in der erwünschten Weise der Fall, nicht aus direkter Opposition, nein, die Herren halten nichts von den Messungen, weil sie in ihrer täglichen Praxis von den Messungen nichts halten und jeden Tag sahen, dass sie dieser, ohne etwas zu entbehren, bei ihren Untersuchungen vollkommen entrathen können. Nur so ist es auch erklärlich, dass Fehler gemacht, der Bankstelle Zahlen mitgetheilt werden, die, wenn sie andere Verhältnisse beträfen, das trübste Licht auf das ärztliche Können des Vertrauensarztes werfen müssten. Aber die Herren kümmern sich einfach gar nicht um die Maasse, sie kennen offenbar recht häufig nicht einmal die durchschnittlichen körperlichen Verhältnisszahlen, deren Kenntniss doch unumgänglich nöthig wäre, vor Allem ihre eigenen Maassresultate zu kontrolliren.

Doch nicht der einzelne Arzt allein, die gesammte Medizin trägt Schuld daran, dass es nun einmal so ist; auch sie legt zu wenig Gewicht auf die Körpermessungen, ja man kann behaupten, sie hat sich noch nicht einmal ordentlich Mühe gegeben, wenn man von den Rekrutenmessungen der Militärärzte absieht, das Messverfahren technisch einheitlich auszubilden. Man kann leicht die Beobachtung machen, dass, wenn in den Formularen nicht ausdrücklich vorgeschrieben wird, hier an dieser bestimmten Stelle wird gemessen, sich so ziemlich Jeder sein eigenes Messverfahren mit und ohne Berechtigung konstruirt. So misst der Eine z. B. die Brust direkt unter der Axelhöhle, der Anderere unter der Brustwarze, Der lässt die Arme dabei heben, Jener senken, Dieser glaubt am Bauch das Taillenmaass bevorzugen zu müssen, Jener hält vom Nabelmaass das Meiste; und so giebt es eine Menge Variationen.

Ich bin nun weit davon entfernt, zu behaupten, dass der Bankarzt mit Hilfe der Körpermasse im Stande wäre, direkt eine bestimmte Krankheitsanlage oder gar eine Krankheit selbst zu erkennen; das kann das Maassverfahren nicht leisten, besonders nicht das einmalige, jede Vergleichung mit früheren Messungen entbehrende. Was er leistet und warum es dem Bankarzt von grösstem Nutzen ist, das ist, dass mit seiner Hilfe der Allgemeinstatus auf rein mathematischer Grundlage gestellt wird, dass das subjektive Urtheil des Vertrauensarztes durch einen ganz objektiven Begriff ersetzt wird, der dem Bankarzt sofort gestattet, sich einen selbständigen Eindruck von dem Antragsteller zu verschaffen.

Freilich setzt das auch für den Bankarzt voraus, dass er etwas mehr als die gewöhnlichen Verhältnisszahlen des menschlichen Körpers kennt, dass die Zahlen nicht für ihn blos Zahlen sind, sondern sofort eine körperliche Vorstellung hervorrufen. Erreichen kann er diese Verkörperung der Zahlen selbst nur durch Hunderte von eigenen Messungen an geeigneten Individuen (Verfasser benutzte die Insassen der Strafanstalten und Zuchthäuser, die den verschiedensten Altersklassen und Konstitutionen angehörig, ein sehr brauchbares Material abgaben), er beherrscht aber dann die todten Zahlen auch so, dass er sich sofort sagen kann, der Antragsteller muss nach den angegebenen Maassen die und die bestimmte Konstitution haben. Damit hat er aber auch den feststehenden äusseren Rahmen, in den er zur Vervollständigung des Allgemeinstatus nun alle Unterfragen: Muskulatur, Knochen, Fett, Farbe des Gesichts u. s. w. u. s. w. leicht ein- und zu einem Gesammtbild zusammenfügen kann.

Ganz gleichgiltig für die Versicherungsfähigkeit ist die Körpergrösse an sich; es kann gleichgiltig sein, ob eine Lebensversicherungsanstalt lauter Leute von 170 oder nur von 160 cm hat, aber von ungemeiner Wichtigkeit wird das Grössenmaass dadurch, dass es die Unterlage für alle Proportionsverhältnisse am Körper abgiebt und es ist so das wichtigste Maass, das unter allen Umständen genau festgestellt sein muss, wenn anders alle übrigen Maasse nur einen Werth haben sollen. An sich wichtig sind das Brust- und das Bauchmaass. Ersteres soll zur gleichzeitigen Bestimmung der Exkursionsweite des Thorax doppelt — bei der tiefsten Expirations- und Inspirationsstellung — genommen werden, letzeres nur einfach während der Athempause.

An welchen Körperpunkten die Maasse genommen werden sollen, das schreiben jetzt alle Formulare an den betr. Stellen vor. Grundlagen sind hier die Arbeiten von Froehlich geworden, dessen Maassverfahren alle Vorzüge in sich vereinigt, die man nur wünschen kann. Das „Wie" der Messung soll ein möglichst einfaches sein — ein in den Thürpfosten eingeschnittenes Centimetermaass und eins der bekannten im Handel in Metallhülsen käuflichen Centimetermaasse sind die ganze Ausrüstung, die erforderlich ist. Sehr erfreulich ist, wenn der oder jener andere Vertrauensarzt noch in der Lage ist, das Körpergewicht auf eigener Waage bestimmen zu können, erforderlich ist das jedoch nicht, es genügt in allen Fällen die ungefähre Schätzung, wenn sonst die genannten Messungen genau vorgenommen sind.

Die Mehrleistung, die durch die Messungen von dem Vertrauensarzte verlangt wird, ist also eine sehr minimale. ihr Werth für den Bankarzt aber ein sehr grosser. Möchten daher die Herren Vertrauensärzte von ihrem Vorurtheil gegen die Körpermessungen ablassen und diesen mehr, wie bisher, ihre volle Aufmerksamkeit zuwenden.

Trauma und Tumor.

Von

Dr. med. **Ernst Schichhold**-München-Bad-Landeck i. Schl.

Gutachten.

Auf Antrag des kgl. Amtsgerichtes M. I. Abtheilung A für Civilsachen in Sachen der verw. Schlossermeister Frau L. zu Sp., Klägerin, gegen die F. T. U. G.-Versicherung, Beklagten habe ich in Erledigung des Beweisbeschlusses des kgl. Landgerichts C. III. Civilkammer über die Fragen: „Ob der Schlossermeister L. an einer Erschütterung des Markes im Armknochen (Sarkom) verstorben, und ob diese Erschütterung durch den am 28. Juni 1893 erlittenen Unfall verursacht worden ist?" folgendes Gutachten abgegeben, das für die Beschäftigung mit einschlägigen Fällen in seiner Entwickelung vielleicht manches Interessante abgeben dürfte, und das ich bei dieser Gelegenheit neben seiner für Laien berechneten Motivirung noch in eine gewisse wissenschaftliche Beleuchtung zu stellen versuchen möchte.

Der Schlossermeister L. hat sich am 28. Juni 1893 bei der Arbeit eine Prellung der linken Hand dadurch zugezogen, dass er eine schräg aufgelegte Eisenstange, auf deren oberes Ende mit

dem Hammer geschlagen wurde, am unteren Ende gefasst hielt. Ein starker stechender Schmerz in dem Handteller und im Unterarm veranlasste ihn, die Arbeit auf Augenblicke auszusetzen, da aber eine offene sichtbare Verletzung nicht bestand und in Ruhe eine abnorm starke Schmerzhaftigkeit nicht empfunden wurde, versuchte er seine Arbeit wieder aufzunehmen, was er aber nach kurzer Zeit auf Grund eines Gefühles von Schwäche in Hand und Handgelenk und dumpfer Schmerzhaftigkeit für diesen Tag gänzlich aufzugeben vorzog. Am folgenden Tage war der Arm im Ganzen und namentlich Hand und Handgelenk bei der Arbeit auffallend kraftlos; in Folge dieses Gefühles der Unfähigkeit hielt es p. L. für gerathener, sich selbst einige Zeit Schonung aufzuerlegen. Der Zustand besserte sich nicht und p. L. konsultirte am 1. Juli seinen Hausarzt, der, da objektiv äusserlich nichts festzustellen war, Schonung und Massage verordnete, und durch zeitweilige elektrische Behandlung das Befinden zu beeinflussen versuchte. Fortschreitend entwickelte sich eine auffallende Schwäche namentlich in den Streckmuskeln des Daumens und eine allmähliche Abnahme der Bewegungsfähigkeit der Finger, wie auch der Hand im Handgelenk. Dazu dauerten die reissenden Schmerzen im Unterarm bis zum Ellenbogen fort, was am 6. August den p. L. veranlasste, sich in die Behandlung des Herrn Dr. T.-B. zu begeben. Dr. T. soll anfänglich absolute Ruhe des Armes angeordnet haben, was durch einen Verband erreicht wurde, der jede Bewegungsmöglichkeit der Armmuskulatur einschränkte (Fixationsverband). Nach Abnahme des Verbandes, am 15. August, hat p. L. einen deutlich sichtbaren Muskelschwund am Unterarm beobachtet. Vom 15. August bis 30. September wurde im medikomechanischen Institut des Herrn Dr. T. in 32 Sitzungen eine mechanische Behandlung ausgeführt, in welcher Zeit der Arm immer eine etwas teigige Schwellung (Stauungserscheinung der Gewebsflüssigkeit) zeigte, der Verfall der Muskelkräfte und der Muskulatur des Unterarms überhaupt wendete sich trotz sorgfältigster Behandlung nicht zum Besseren. Deshalb konsultirte p. L. am 5. Oktober Herrn Prof. B. in seiner Poliklinik und am 12. Oktober privatim, wurde am 16. Oktober in die Klinik aufgenommen, woselbst er 35 Tage blieb. Da sich hier die Behandlung auch nur auf Unbeweglichmachen des Armes durch einen Verband und absolute Ruhe beschränkte, p. L. aber keine Besserung empfand, begab er sich nach Hause, um sich, mit Rücksicht auf Bequemlichkeit etc., wieder einer häuslichen Behandlung zu unterziehen. Diese Angaben über die Vorgeschichte der Krankheit bis zu dem Termin, wo ich den Patienten zum ersten Male zu Gesicht bekam, sind fast ausschliesslich von dem p. L. selbst und seiner Ehefrau, gestützt auf Kalendernotizen, gemacht, soweit sie die Umstände der Verletzung selbst betreffen, auch von dem erwachsenen Sohne des p. L., der mit dem Vater in derselben Werkstätte arbeitete, mir angegeben worden.

Als ich Mitte Dezember 1893 gelegentlich eines kurzen Aufenthaltes in Sp. den p. L. untersuchte, habe ich etwa folgenden Befund festgestellt: L. ist von mittelgrosser Statur und macht einen frühzeitig gealterten Eindruck, das Fettpolster ist am ganzen Körper sehr dünn und die Gesammtmuskulatur annehmbar in der langen Krankheit so auffallend schwach geworden, wie es sich bei einem Manne seines Berufes kaum erwarten liesse. Der linke Arm ist dick mit einem Watteverbande etwa vom mittleren Drittel des Oberarmes bis zu den Fingerspitzen umwickelt. Der Arm ist im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt und wird durch eine Pappschiene in dieser Stellung befestigt erhalten. Nach Abnahme des Verbandes fällt die Hand schlaff herunter, jede Bewegungsfähigkeit ist erloschen, die Muskulatur der Finger sowohl wie der Hand ist stark geschwunden. Der Unterarm ist in einem durchschnittlichen Umfange von 34 cm geschwollen; in diese Schwellung lassen sich tiefe Gruben mit dem Finger drücken, die lange stehen bleiben. Die Muskulatur des Unterarmes ist anscheinend durchgängig stark geschwunden, was aber durch die auf Stauung von Gewebsflüssigkeit beruhende Schwellung sehr verdeckt wird. Der Oberarm zeigt sich ebenfalls bedeutend, im Durchschnitt etwa 42 cm, geschwollen, ist aber auffallend prall und hart, die Haut sehr fettglänzend. In der Muskelfurche zwischen dem vorderen Hauptmuskel und dem breiten, nach hinten gelegenen Hauptmuskel des Oberarmes (Strecker und Beuger vom Unterarm), die sich an der inneren, dem Brustkorbe zugewendeten Seite befindet, und in der bekanntermassen die hauptsächlichen Blut- und Lymphgefässe sowohl wie Nerven des Armes verlaufen, ist eine bedeutend harte Schwellung zu konstatieren, die aber in der allgemeinen Schwellung schwer abzugrenzen ist, nach der Achselhöhle jedoch anscheinend in Verbindung mit einer weit über faustgrossen, sehr derben Geschwulst steht. Diese Geschwulst zeigt auf Druck Empfindlichkeit, was dadurch zu erklären sein dürfte, dass man sie beim Drücken auf sehr empfindliche, annehmbar entzündete Nervengeflechte aufpresst. Die Bewegung des Oberarmes im Schultergelenk ist nur soweit behindert, als sie durch die Geschwulst in der Achselhöhle und die durch diese verursachte Spannung der Haut beeinträchtigt wird. Das Ellenbogengelenk ist passiv gut, aktiv schwächer beweglich. Ueber den anderen Theil des Armes beziehentlich seiner Beweglichkeit ist schon oben berichtet. Die Empfindlichkeit der Haut ist auf dem Oberarm fast durchweg erhalten, vom Ellenbogen ab bis zu den Fingerspitzen besteht, ebenso wie vollkommene Bewegungslähmung, eine vollkommene Empfindungslähmung.

Ich stellte daraufhin die Diagnose auf fortschreitende Entzündung und Lähmung der Armnerven von der Peripherie ausgehend, Gewebsflüssigkeitsstauung in Folge grosser Geschwülste in der Achselhöhle und der Hauptmuskelfurche des Oberarmes, die die abführenden Saftadern zusammendrückten, theilweise wohl, weil sie ihnen auflagen, theilweise, weil die Geschwülste in einer krankhaft wachsenden Entartung dieser die Gewebsflüssigkeit ableitenden Adern bestanden. Die Untersuchung der übrigen Organe ergab keine krankhaften Befunde bis auf leichte Stauungserscheinungen in den Lungen, die in direkter Abhängigkeit von der Krankheit und der damit verbundenen mangelhaften Bewegung des Gesammtorganismus standen.

Am 26. Februar 1894 verstarb der p. L. Mit Erlaubniss der Angehörigen durften wenigstens die beiden äusserlich erkennbaren Hauptheile der Geschwulst aus der Muskelfurche des Oberarmes und der Achselhöhle zwecks Untersuchung entfernt werden; die letztere ergab einen weit vorgeschrittenen Zerfall im Innern der Geschwülste und bestätigte mikroskopisch meine Diagnose: bösartige Geschwülste der Lymphdrüsen mit zahlreichen Bindegewebswucherungen und Blutaustritten (fibröses Lymphsarkom mit Hämorrhagien).

Was nun die erste zur Begutachtung gestellte Frage anlangt — „ob der Schlossermeister L. an einer Erschütterung des Markes im Oberarmknochen (Sarkom) verstorben ist?“ —, so will damit wohl die das Gutachten fordernde Behörde begutachtet haben: ob eine Geschwulst im Bezirke des Oberarmes und der Achselhöhle als die Ursache des Todes des p. L. anzusehen ist!

In dieser Form ist nach meinem Dafürhalten die Frage ohne Einwand mit „Ja“ zu beantworten.

1. Als ich im Dezember 1893 den p. L. untersuchte, war der Mann bis auf sein Armleiden und die schon vorher erwähnten leichten Stauungen in den Lungen, die auch annehmbar in einem indirekten Zusammenhange mit seinem Haupt-

leiden standen (Stauungserscheinungen in Lungen, Magen, Nieren etc. durch lange andauernden Bewegungsmangel) gesund.

2. p. L. hat in der Zeit bis zu seinem Tode das Zimmer nicht mehr verlassen, ist annehmbar überhaupt keiner Schädlichkeit ausgesetzt gewesen, die den Tod völlig unabhängig von jenen Geschwulstbildungen hätten herbeiführen können.

3. Es ist wissenschaftlich feststehend, dass diese Art der Geschwülste, die deshalb zu den bösartigen gehören, und deren Identität in diesem Falle von mir mikroskopisch festgestellt worden ist, in vorkommenden Fällen als direkte Todesursache angesehen werden dürfen.

Hinter der zweiten zur Begutachtung gestellten Frage: „ob diese Erschütterung durch den am 28. Juni 1893 erlittenen Unfall verursacht worden ist?“, vermuthe ich in logischer Schlussfolgerung, die Gerichtsbehörde wünscht Aufklärung darüber: ob ein am dat. erlittener Unfall durch Erschütterung des Armes Ursache für die Entstehung jener Geschwulstbildungen geworden ist?

In dieser Form lässt sich meiner Auffassung nach bei dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft ähnlichen Erscheinungen gegenüber ebenfalls die Frage bejahen, wenn auch ein absolut einwandsfreier Beweis dafür im Augenblick noch nicht erbracht werden kann.

1. Aber darf man aus den verschiedenen Anschauungen kompetenter fachmännischer Forscher wohl im Grossen und Ganzen für den vorliegenden Fall zweckentsprechend die Grundansicht hervorheben, dass bei den häufig vorkommenden Fällen von Verletzung und darauf folgender Entstehung bösartiger Neubildungen nicht ein Moment allein die krankhaften Erscheinungen hervorzurufen im Stande ist, sondern dass eine Veranlagung, sei es eine allgemeine, sei es eine örtliche, zur Entstehung solcher Krankheiten vorhanden sein muss, die aber ohne ein zu berücksichtigendes äusseres, occasionelles Moment von selbst nicht zu dem Ziele gelangt, wohin es — in derartigen Fällen schon öfter beobachtet — ungemein häufig durch eine periphere Verletzung gebracht wird.

2. Ist ferner schon beobachtet worden, dass bei der Entstehung derartiger Neubildungen unter den angenommenen Verhältnissen die dem Nervensystem innewohnende regulatorische Kraft einen gewissen bestimmenden Einfluss ausübt. In dem vorliegenden Falle ist nachgewiesenermassen eine sehr intensive fortschreitende Entzündung mit einer aus der langandauernden Entzündung allein erklärlichen, sich daran anschliessenden vollkommenen Lähmung durch die Verletzung verursacht worden; die gestörte regulatorische Kraft der Nerven konnte also eine vielleicht in der Veranlagung bestehende Neigung zur Ausbildung jener als Todesursache anzusehenden Geschwülste nicht mehr im Zügel halten, wodurch die Katastrophe herbeigeführt worden ist.

Die Verletzung am 28. Juni 1893 ist somit meiner Auffassung nach eine direkte Ursache zur Entstehung der Geschwulstbildungen und diese eine direkte Ursache zu dem am 26. Februar 1894 eingetretenen Tode geworden.

Ich versichere etc. gez.

M., den 27. März 1895. Sch.

Anschliessend an das. im Sachverhalte wohl keine weiteren Erläuterung erfordernde vorstehende Gutachten dürften vielleicht noch einige Betrachtungen angestellt werden, die einerseits der praktischen Verwerthung gerecht zu werden bestrebt sind, wie sie andrerseits einen Streifblick auf die augenblicklichen wissenschaftlichen Anschauungen über derartige Fälle gestatten.

In der praktischen Verwerthung kommen solche kritische Fälle, die ein nicht absolut klares Bild bekannter pathologischer Prozesse in Bezug auf ihre ätiologischen Momente liefern, wohl einerseits für die Sachverständigenthätigkeit dadurch in Betracht, dass mit ihnen Präzedenzfälle geschaffen werden, andrerseits dadurch, dass man durch Vermehrung des Materials der Empirie nachhelfen muss, die dann schliesslich als ein gewisses Aequivalent für eine mangelnde Erkenntniss auf dem Wege rein wissenschaftlicher Schlussfolgerung, mit Hilfe der zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, angenommen werden dürfte, bis vielleicht die Menge des Materials dem Studium und dem Zufall Gelegenheit bietet, aus übereinstimmenden Punkten Schlüsse zu ziehen und den Weg zur logischen wissenschaftlichen Beweisführung aufzudecken.

Meiner Auffassung nach kann aber in mehr oder minder ähnlichen Fällen, in denen eine Verletzung im Gebiete peripherer Nervenäste der Entwickelung einer Neubildung vorausgeht, und die Krankheitsfolge eine so ausserordentlich auffallende ist, vorläufig, ehe auf diesem Gebiete wissenschaftliche Untersuchungen einwandsfreie Erfolge zu verzeichnen haben, mit gutem Gewissen von Seiten des Arztes zu Gunsten des Verletzten gesprochen werden; hauptsächlich noch, wenn ihn, wie im vorliegenden Falle, die Zeit zwischen der Verletzung und den ersten Symptomen einer sich entwickelnden Neubildung, die für die Wachsthumsmöglichkeit der bestimmten Art bezeichnend ist, dazu nicht allein berechtigt, sondern gewissermassen aufzufordern scheint.

Für die wissenschaftliche Betrachtung erübrigt es nur noch neben den für Laien bestimmten Begründungsversuchen des Gutachtens selbst, die jetzt geltenden Haupttheorien über Ursachen der Geschwulstbildung im Allgemeinen und unter Berücksichtigung eines Trauma kurz Revue passiren zu lassen, wobei ich gleich die drei Varianten unter dem Namen ihrer Hauptvertreter anführen will.

Virchow nimmt eine örtliche Disposition an, die sowohl ererbt oder auch erworben sein kann, dass aber als primum movens eine örtliche Reizung der Gewebe stattfinde.

Billroth nimmt eine allgemeine Disposition, eine spezifische Diathese für Geschwulstbildung an, nur wenn diese vorhanden ist, entsteht, und zwar auch nach seiner Ansicht, durch äussere Einwirkung eines Reizes, eine Geschwulst.

Cohnheim vertritt ebenfalls die örtliche Disposition, die nach seiner Ansicht durch einen Fehler in der embryonalen Anlage bedingt ist.

Diesen drei Grundanschauungen über die Geschwulstbildung im Allgemeinen schliesst sich mit kleinen Varianten die Mehrzahl der übrigen Forscher an.

Es dürfte hier nicht der Ort sein, diese Theorien einander kritisch gegenüber zu stellen, es genügt wohl, sie zu erwähnen. —

Ueber den Zusammenhang zwischen Trauma und Neubildung müssen etwa folgende Momente als Ausgangspunkt für eine kritische Untersuchung genommen werden:

1. Hat ein Trauma immer diese Folgen?

Selbstverständlich kann man von vornherein diese Frage schlankweg verneinen, denn wie gross ist die Zahl der Verletzungen unter den heutigen industriellen Verhältnissen gegenüber der Zahl, wo man mehr oder minder bestimmt einen Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwulstbildung vermuthen kann, wo überhaupt nach Trauma im Verlaufe der Krankheit, oder in der Zeit, in der man noch einen Zusammenhang mit dem Trauma annehmen dürfte, Tumoren entstehen.

2. Wann giebt ein Trauma die Möglichkeit einer Geschwulstbildung?

Abgesehen von der oben erwähnten Disposition, die auf einer histiologischen Veranlagung basiert, kommt hier wieder in Betracht: welcher Art sind die betroffenen Theile des Organismus, wie verhalten sie sich in Bezug auf ihre Funktionen

zur Gesammtheit, haben sie erwiesenermassen eine gewisse Neigung zur Geschwulstbildung überhaupt, oder zu einer besonderen Art von Tumoren?

a) Bei flächenhaft ausgedehnter Verletzung, des Stammes zum Beispiel, wird selbstverständlich das Verschiedenartigste mit einbegriffen sein, haben die verschiedensten Organe und Theile des Organismus eine mehr oder minder andauernde Störung in ihrer Thätigkeit erlitten, die vielleicht den Boden für die Entstehung von Neubildungen bieten könnte.

b) Bei peripherer Verletzung kleinerer Stellen muss in erster Linie das Verhalten der Nerven, der Blut- und Lymphbahnen eine wichtige Rolle spielen und in Betracht gezogen werden.

Von allen Thierversuchen zur Feststellung eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Neubildungen, hat nur Schroeder van der Kolk (Virchow, Die krankh. Geschwülste, B. I. S. 61) einen nennenswerthen Erfolg zu verzeichen gehabt. Nachdem er die Nervenbahnen zu den bestimmten Theilen durchtreunt hatte, bildete sich am gebrochenen Schenkel eines Kaninchens anstatt Kallus ein Medullarcarcinom. Als Grund konnte man im Vergleich zu den übrigen, durchweg resultatlosen Versuchen wohl mit gewisser Berechtigung die dem Nervensystem innewohnende regulatorische Kraft annehmen, die namentlich bei Wachsthumsvorgängen dringend nothwendig in Wirksamkeit treten muss, anderenfalls irreguläre Wucherungen, vielleicht Neubildungen maligner Art, an Stelle des normalen Wachsens auftreten können.

Da ferner die Geschwülste keine Nerven haben, so kann man dieses Fehlen der regulatorischen Kraft als Hauptgrund für die Entstehungsmöglichkeit von Wucherungsprozessen ansehen.

3. Wie verhält sich der mit bekannten Mitteln einer genauen Untersuchung zugängliche Gesammtorganismus bei der Verletzung? d. h. war zur Zeit, als das Individuum vom Trauma betroffen wurde, der Organismus in seinem gesunden, also widerstandsfähigsten Zustande, oder sind Anhaltspunkte vorhanden, die der Beeinflussung eines derartig irritirenden Momentes Vorschub leisten; sind Schwächezustände, sei es durch Uebermüdung, durch voraufgegangene Krankheiten, die eine mutmassliche Störung im Stoffwechsel verursachten, sind Anzeichen vorzeitiger oder beginnender physiologischer Involution vorhanden? — Dies sind Punkte, die als praedisponirend für die Entwickelung einer Neubildung unter Einwirkung eines Trauma als direkt occasionellen Momentes wohl ebenfalls in Rücksicht zu ziehen sind. Es mag bei vielen Individuum, die verletzt wurden, ohne derartige Folgeerscheinungen zu bekommen, ebenfalls eine Disposition zur Geschwulstbildung nach einer der obenerwähnten Theorien bestehen, was wir ebensowenig beweisend ableugnen wie behaupten können, und ich erwähne nur eine Art bösartiger Tumoren, die in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle erst dann zu entstehen pflegen, wenn die Entwickelungsfähigkeit, die Lebens- und Widerstandskraft des Organismus, sich in der Abnahme befindet: das Carcinom.

Muthmassungen und Hypothesen über die Art und Möglichkeit des Entstehens von Tumoren nach Trauma sind neben den, von den oben erwähnten Autoren, geäusserten Ansichten noch im Laufe der Zeit massenhaft entstanden, und es genügt vielleicht auf die Namen: Stich, H. Maas, Ackermann, Leopold, E. Blanc, Barwell, Velpeau, Verneuil und Joh. Müller hinzuweisen, um beurtheilen zu können, wie weit hier das Feld der Möglichkeiten ist, von denen jeder Autor einige mehr oder minder augenfällige Momente mit dem „Schuldig" bezeichnen will. Alle nähern sich vielleicht einander in der Annahme einer vorwiegend wichtigen Betheiligung des Nerven-, Blut- und Lymph-Systems, aber alle beweisen — Nichts! —

Hier muss man also in dem praktischen Falle äussere Momente in Betracht ziehen, und wenn man selbstverständlich diese nicht als wissenschaftlich beweisend hinstellen kann, so stehen sie doch positiv einer jeden mehr oder minder berechtigten Vermuthung gegenüber, sei es im „Für oder „Wider"!

Zum Schlusse wäre es allenfalls noch am Platze, in Kürze die den Fall streitig machenden eventuellen Gegenansichten zu besprechen, und zwar:

1. Der Tumor, ist völlig unabhängig von der Verletzung, neben dieser spontan entstanden!
2. Der Tumor hat erst die Lähmungserscheinungen der Armnerven veranlasst, das Trauma ist nur ein unwichtiger, hierfür belangloser Zufall!

Dann wäre es ein recht eigenartiger Zufall, dass die entzündliche Erkrankung der Armnerven so lange Zeit das einzige Symptom ausmachte — und zwar machte diese Erkrankung den Mann absolut arbeitsunfähig —, und dass so eng daran anschliessend nach einem bestimmten Zeitraum sich die Entwickelung der Neubildungen präsentirte. Wo will man ferner eine andere, sei es die geringfügigste, Noxe ausfindig machen, die nach den bestehenden wissenschaftlichen Anschauungen für „schuldig" an dem Entstehen der Neubildungen erklärt werden darf? Und gesetzt, man leugne jeden Werth dieser Theorien, dann wäre doch Verletzung und das sich daran anschliessende Entstehen der Tumoren ein mehr wie eigenthümliches Zufallsspiel, das auch nur annähernd erklärlich — von Beweisen will ich gar nicht sprechen — zu machen, wohl noch etwas schwerer fallen dürfte.

Referate.

Klinische Beobachtungen über Pentosurie.

Von F. Blumenthal.

(Berliner klinische Wochenschrift No. 26.)

Im Jahre 1892 haben Salkowski und Jastrowitz in einem stark reduzirenden, eine positive Trommersche Probe, aber nicht, wie bei Diabetes, die Gährungsprobe gebenden Harn die Pentose, — ein Kohlehydrat bzw. eine Zuckerart mit fünf Atomen Kohlenstoff — gefunden. Weitere Mittheilungen darüber hat Salkowski in No. 17 des diesjährigen Jahrganges der Berliner klinischen Wochenschrift gemacht und dabei die Frage von der klinischen Werthigkeit dieser neuen Anomalie des gesammten Stoffwechsels gestreift, hauptsächlich, um weitere ärztliche Kreise zur Feststellung und Beobachtung weiterer Fälle derartiger Erkrankung anzuregen.

Verfasser, dieser Anregung folgend, berichtet zur klinischen Symptomatologie des Leidens Folgendes:

1. Auser in dem ersten, von Salkowski beobachteten Falle fand sich Pentose nie neben Glycosurie, noch trat sie etwa auf, wenn der Traubenzucker verschwand.

2. Die Pentosurie ist unabhängig von den Kohlenhydraten der Nahrung.

3. Sie findet sich, wo sie besteht, dauernd.

4. Es ist möglich, dass sie prognostisch günstiger ist, als der Diabetes, jedenfalls weist der geringere Indicangehalt des Harns darauf hin, dass im Darm des Pentosurikers nicht die gleiche Neigung zu Zersetzungsvorgängen besteht, wie beim Diabetiker.

Verfasser betont, dass die Frage der Pentosurie wichtig für Begutachter in Lebensversicherungsangelegenheiten ist, wie denn auch der eine seiner Fälle dadurch entdeckt wurde, dass er von der Lebensversicherung zurückgewiesen wurde.

Eine Aehnlichkeit der Pentosurie mit dem Diabetes, welche aus einer seiner Krankheitsgeschichten ebenso wie aus dem erstbeobachteten Falle hervorgeht, hätte Verfasser vielleicht noch mehr betonen können, d. i. die Verwandtschaft mit Nervenkrankheiten. Der erste Kranke war Neurastheniker und

Morphinist, ein weiterer hatte nervöse Störungen, eine geistig minderwerthige Descendenz und verschiedene diabetische Verwandte. L.

Ueber den Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.

Von Heinrich Nussbaum-Warschau.
(Berliner Klinik Heft 83. Mai 1895.)

Einen Haupttheil der vorliegenden Arbeit nimmt die physiologische Einleitung in Anspruch.

Beim normalen Menschen stehen die durch ein Zusammenwirken der Gefühls-, Verstandes- und Willensthätigkeit umgrenzten Funktionen des Seelenlebens in innigster Wechselwirkung zu den körperlichen Vorgängen. Klassische Beispiele sind die Gefühle des Zorns, Schreckens u. s. w.; nicht nur, dass sie jedesmal von einer Reihe körperlicher Veränderungen begleitet sind, sie erhalten auch in unserem eigenen Bewusstsein erst durch die Empfindung dieser Veränderungen ihr charakteristisches Gepräge. Alle „bewussten" Seelenthätigkeiten sind aber nur besonders hochgipflige Wellen des psychischen Lebens, dessen grösster Antheil sich abspielt, ohne uns zum Bewusstsein zu gelangen. Es lässt sich nachweisen, dass auch die „unbewusste" Arbeit der Seele beständig zu den körperlichen Funktionen in Wechselbeziehung tritt. Somit gilt der allgemeine Satz: Es besteht eine konstante centrifugale und centripetale Spannung zwischen den Grosshirnhemisphären und den Körperorganen.

Besonders zum Ausgleich der centrifugalen Spannung dienen die Bewegungsnerven der willkürlichen Muskeln, die der glatten Eingeweidemuskeln, die vasomotorischen und sekretorischen Nerven und die Regulatoren der Herzthätigkeit; ihnen müssen wir die freilich anatomisch noch nicht festgestellten trophischen Nerven hinzufügen.

Den physiologischen entsprechen die pathologischen Verhältnisse. Schon psychische Vorgänge, welche in der Breite des Normalen liegen, können in mannigfachster Weise Krankheitserscheinungen im Körper hervorrufen oder beeinflussen. Verfasser giebt eine gedrängte Uebersicht über die vorwiegend hierher gehörenden Kranheiten, er gedenkt besonders der Herz- und Gefäss-, Darm- und Blutkrankheiten, ferner des Diabetes mellitus und fügt einige kennzeichnende Fälle aus der Literatur an, u. A. einen von Arthritis nodosa mit angeblich sicher festgestellter psychischer Aetiologie. Er nimmt im selben Abschnitte bereits einige Thatsachen vorweg, welche, streng genommen, erst dem nächsten, vom Einfluss der kranken Seele auf körperliche Anomalien handelnden, angehören. Hier sind dann jene zahlreichen Veränderungen ausgeführt, die sich bei Geistesstörungen geltend machen: Vermehrte oder verminderte Absonderung des Speichels und Magensaftes, sekretorische Funktionsstörungen des Darmes; Stoffwechselanomalieen — in Gestalt von Abmagerung, Fettleibigkeit, Vermehrung einzelner Harnbestandtheile, Auftreten von Eiweiss, Pepton, Urobilin und Bilirubin, Zucker und Aceton im Urin —; mangelhafte Blutbildung; Anomalieen der Herz- und Gefässinnervation; Temperatursteigerungen und Herabsetzungen; Erbrechen und Verstopfung; Störungen in den Geschlechtsverrichtungen. Die häufig vorkommenden Abnormitäten der Schweisssekretion sind nicht erwähnt, ebensowenig der Einfluss von Seelenstörungen auf den Verlauf von Krankheiten anderer Art, z. B. auf die Tuberkulose und auf die Heilung von Verletzungen. Schliesslich wird der krankhaften Veränderungen des Nervensystems selbst gedacht, die unter Mitwirkung psychischer Einflüsse zu Stande kommen; unter ihnen stehen Hysterie Neurasthenie und progressive Paralyse obenan.

Von einer Besprechung der hypnotischen Erscheinungen sieht Verf. ab, um das ohnehin sehr umfassende Thema nicht noch mehr zu erweitern. — Er lässt mit Recht die Mahnung ergehen, man möge mehr Werth als bisher auf die Erschliessung des von ihm behandelten Gebietes legen, dessen Durchforschung interessante Thatsachen zu Tage fördern und einer einseitigen Beurtheilung der Ursachen körperlicher Erkrankungen entgegenwirken wird. Fritz Leppmann.

Ueber Geburtsverletzungen des Neugeborenen und deren forensische Bedeutung.

Von Prof. Dr. Paul Dittrich-Prag.
(Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1895, 2. Heft.)

Verfasser theilt die Veränderungen, welche er im Allgemeinen unter die „Geburtsverletzungen" einreihen möchte, in folgende Gruppen ein:

1. Vertrocknungen und Excoriationen an der Körperoberfläche; dieselben finden sich mit oder ohne Excoriationen bei neugeborenen Kindern gar nicht selten; in manchen Fällen sind dieselben auf einen Druck seitens der Geburtswege der Mutter zu beziehen, namentlich bei schwierigeren Geburten. Solche „Druckmarken" findet man in der Kopfhaut Neugeborener bei länger dauerndem Drucke des Promontoriums auf den Kopf des Kindes als streifenförmige oder rundliche, einzelne oder multiple Röthungen der dabei zuweilen oberflächlich excoriirten Haut, welche an der Leiche bräunlich und trocken erscheinen können. Ferner finden sich nach Wendungen und Extraktionen pergamentartige Hautvertrocknungen an den unteren Extremitäten. Auch erwähnt Verfasser Fälle, wo nach Schultze'schen Schwingungen deutlich Druckspuren der Finger und zwar an der Brustseite des Kindes bemerkbar waren. — Bei gewissen Arten von Kindesmord zeigen sich Hautvertrocknungen und Excoriationen im Gesicht, am Halse und am Brustkorbe. Es können aber dieselben Excoriationen auch entstehen durch Selbsthilfe der Gebärenden. — Durch direkte Einwirkung der Zange bei Extraktionen entstehen charakteristische Excoriationen. — In grösseren Partien erscheint die Epidermis im Gesicht nicht selten an Leichen in Gesichtslage geborener Kinder abgelöst.

2. Blutunterlaufungen; diesen kommt als vitalen Reaktionserscheinungen eine besondere Bedeutung zu; falls sie durch Zangendruck verursacht sind, so können sie an ihrer Form leicht erkannt werden; besonders wichtig sind Blutungen in Fällen von „Selbsthilfe" der Gebärenden, namentlich wenn sie mit dem Tode des Kindes in Zusammenhang stehen oder wenigstens ein solcher nicht völlig ausgeschlossen werden kann, also besonders bei ihrer Lokalisation im Gesichte, am Halse oder am Brustkorbe. — In Bezug auf die Hämatome des Sternocleidomastoideus betont Verfasser die auch von v. Hoffmann acceptirte und forensisch sehr wichtige Ansicht Küstners, dass solche Dehnungen, bei denen Gefässzerreissungen oder Rupturen umfänglicherer Partien der Kopfnicker zu Stande kommen, schon durch Torsionen des Halses und Gesichtes hervorgebracht werden können, wie sie auch bei spontanen Geburten entstehen und zwar sowohl bei denen in Beckenendelage als in Kopflage. Daher dürfe man aus dem Befunde eines Hämatoms des Kopfnickers niemals schliessen, dass bei der Geburt manuelle oder instrumentelle Nachhilfe angewendet worden sei. — Von grosser Wichtigkeit sei forensisch der Umstand, dass Blutungen an verschiedenen Körperstellen auch bei spontanen Geburten vorkommen können, bei denen durch klinische Beobachtung und genaue Kontrole jeglicher bedeutendere mechanische Eingriff auf den Kindeskörper vor, während und nach der Geburt ausgeschlossen ist. — Besonders bemerkenswerth ist die Angabe des Verfassers, dass gegen-

wärtig wohl nicht zu beweifeln sei, dass durch die Schultzeschen Schwingungen, auch wenn sie von erfahrenen Geburtshelfern, also wohl kunstgerecht, erfolgen, Läsionen am Kindeskörper auftreten können; so hatte er mehrmals in solchen Fällen Blutaustritte in den mm. pectoral. gesehen.

3. Wunden der Weichtheile; zuweilen fänden sich Substanzverluste der behaarten Kopfhaut, welche unter Umständen den Verdacht eines zu Fruchtabtreibungs-Zwecken vorgenommenen mechanischen Eingriffes erwecken können. —

4. Deformitäten und Verletzungen des Knochensystems; diese würden vielfach durch den normalen Geburtsakt bedingt; es sei dann nothwendig, in solchen Fällen ausser dem objektiven Befunde am Kinde auch die sonstigen, auf die Geburt des Kindes bezüglichen Umstände, insbesondere das Grössenverhältniss zwischen Kopf des Kindes und Becken der Mutter, festzustellen. Wichtiger seien in forensischer Beziehung die Kontinuitätstrennungen der Knochen. Handelt es sich um ausgebreitete multiple Frakturen oder um vollständige Zertrümmerung eines Theils der Schädelknochen, so würde man begreiflicherweise die Möglichkeit einer spontanen Entstehung derselben ausschliessen müssen; bei einfachen Fissuren sei aber dem begutachtenden Arzt grösste Vorsicht in seinem Urtheil zu empfehlen. —

5. Rupturen innerer Organe; hier kommen besonders Verletzungen der Leber und der Milz in Betracht; auch diese Läsionen werden mit den Schultze'schen Schwingungen in Verbindung gebracht.

6. Abreissungen ganzer Körpertheile; solche kämen gelegentlich bei Vorfall von Gliedmassen vor, wenn der Geburt des Körpers sich Hindernisse in den Weg stellten, bei Extraktionen; auch eine Abreissung des bereits geborenen Rumpfes vom Kopfe bei räumlichem Missverhältniss käme wohl bei Beckenendlagen vor. B.

Bücherbesprechungen.

Kaan, Richard, Erkenntnisse und Bescheide der Schiedsgerichte der Unfallversicherung der Arbeiter in Oesterreich. (Wien, 1895. Manz'sche Hofbuchhandlung.)

Aus dieser stattlichen Reihe von Entscheidungen der Schiedsgerichte als der Berufungsinstanz in Unfallsachen haben für uns besonders diejenigen Interesse, welche sich über medizinische Fragen generell oder speziell äussern. Ein Vergleich mit der bei uns üblichen Rechtsprechung liegt dabei sehr nahe. So zeigen z. B. die Entscheidungen über die Entschädigungspflicht bei Unterleibsbrüchen nicht die Einheitlichkeit, wie sie bei uns durch die prinzipiellen Ausführungen des R. V. A. erzielt ist. Bald klammert man sich an den Begriff „Unfall", der noch besonders eng gefasst wird, insofern zuweilen eine äussere Verletzung als zur Begriffsbestimmung nothwendig erachtet wird, bald schliesst man sich den immer wiederkehrenden Ausführungen der Unfallversicherungs-Anstalten an, dass ein Unterleibsbruch, sofern er nicht eingeklemmt ist, niemals die Folge eines Unfalls sein könne, sondern eine auf angeborener Anlage sich allmählich entwickelnde Krankheit darstelle. Die ursächliche Bedeutung einer das betriebsübliche Mass übersteigenden Anstrengung kennt man nicht; nur ausnahmsweise begegnen wir einer humaneren Auffassung, an der aber leider die medizinischen Sachverständigen meist unschuldig sind. Die Erwerbsverminderung durch die Nothwendigkeit. ein Bruchband zu tragen, wird, wie bei uns, auf 10 % geschätzt.

Auch bei Gehirnschlägen und Hitzschlägen wird der stringente Nachweis eines direkten ursächlichen Zusammenhanges der Erkrankung mit aussergewöhnlichen Umständen oder Ereignissen im Betriebe verlangt; Betriebsschädlichkeiten als Gelegenheitsursache bei vorhandener Krankheitsanlage genügen nicht zum Zuspruch einer Entschädigung. Das R. V. A bei uns hat auch auf diesem Gebiete mildere Grundsätze zur Anwendung gebracht.

Besonders zahlreich sind natürlich die Entscheidungen darüber, ob eine bestehende Erwerbsunfähigkeit oder der Tod die Folge eines Betriebsunfalles sei. Auch hier gewinnt man den Eindruck, dass zu strenge geurtheilt wird; nur ganz ausnahmsweise lässt man einen mittelbaren Zusammenhang oder eine Gelegenheitsursache gelten. Dabei sind diese Entscheidungen endgiltige, eine höhere Instanz giebt es nicht. Häufig wird, wenn schon der Unfall und die daraus resultirende Beschädigung glücklich anerkannt sind, trotzdem eine Rente verweigert, weil der Bewerber zur Zeit noch seinen früheren Lohn durch das Wohlwollen seines Arbeitgebers bezieht; er wird dann darauf verwiesen, seine Ansprüche geltend zu machen, wenn er einmal durch die erlittene Beschädigung auch einen Verlust an seinem Lohn erleidet. Nur selten wird dieser Grundsatz verlassen, z. B. bei einem jungen Manne, der zwar nach dem Unfall den gleichen Lohn bezieht, wie vorher, aber da er nur die leichten Lehrlingsarbeiten verrichten kann, infolge seiner Beschädigung niemals über den Lehrlingslohn hinauskommt. Bei uns hat bekanntlich das R. V. A. entschieden, dass es nicht darauf ankomme, ob der Verletzte den gleichen Lohn bezieht, wie früher, sondern auf den wirthschaftlichen Schaden, der ihm aus dem Unfalle in Form einer Beschränkung der sich ihm bietenden Arbeitsgelegenheiten entstanden ist. — Sehr zahlreich sind natürlich die Klagen wegen Erhöhung der zugebilligten Rente, und man muss in der That zugeben, dass die Renten durchschnittlich niedriger bemessen sind als bei uns. Auch hier zeigt sich die Rechtsprechung nur selten so milde, über die direkten Unfallsfolgen hinaus etwa frühere Leiden zu berücksichtigen, die in Folge oder wenigstens in Verbindung mit der Unfallsbeschädigung den gesammten wirthschaftlichen Schaden des Verletzten wesentlich vergrössern. Besonders interessant ist in dieser Beziehung eine tabellarische Zusammenstellung solcher Rentenerhöhungsansprüche, die 245 Nummern enthält. Auf Einzelheiten kann hier natürlich nicht eingegangen werden.

Das Werk selbst stellt sich als ein verdienstliches, fleissig und geschickt angelegtes dar; es kann auch dem deutschen Arzt, der in einer Unfallsache sachverständig sich äussern soll, manche spezielle Anhaltspunkte bieten, zumal die Benutzung desselben durch ein sehr gut gearbeitetes Sachregister wesentlich erleichtert wird. Eine ähnliche Sammlung deutscher Entscheidungen wäre allerdings noch nützlicher.

Mair, Dr. Ignaz, Gerichtlich-medizinische Kasuistik der Kunstfehler. (1895, Heuser's Verlag.)

Der Zweck vorliegenden Werkes ist, einerseits dem Arzte zur Belehrung zu dienen, wie man ärztliche Unglücksfälle verhüten oder bei unvermeidlichen Fällen ungerechten Anklagen vorbeugen kann, andererseits auch für den Juristen ein Nachschlagebuch zu schaffen, welches ihm in Fällen wirklicher Anklagen wegen falscher Diagnosen und fehlerhafter Behandlung die Materialien zu einer gerechten Beurtheilung der Sachlage bietet. Wie weit der letztere Zweck erreicht werden wird, darüber erlaubt sich Ref. kein Urtheil; mit grossem Dank aber muss der Dienst anerkannt werden, welchen Verf. mit seiner mühevollen Arbeit seinen ärztlichen Berufsgenossen erwiesen hat. Je mehr im Allgemeinen das Ansehen des ärztlichen Standes beim Publikum durch eine unglückliche Konstellation verschiedener Faktoren herabgedrückt wird, um so mehr häufen sich die Anschuldigungen wegen „Kunstfehlers", und jeder Arzt

muss heute mehr, als je, einer solchen Anklage gewärtig sein. Dann mag er in Mair's Kasuistik nach gleichen oder ähnlichen Fällen suchen, und er wird sicherlich Rath und Belehrung darin finden. Aehnliche Sammlungen giebt es schon viele, aber an Uebersichtlichkeit und kritischer Verwerthung sind sie der vorliegenden kaum zu vergleichen.

Gebührenwesen.

Wann darf der Arzt von Patienten seiner Privatpoliklinik Honorar erheben?

Die folgende Entscheidung des Königlichen Landgerichts I in Berlin veröffentlicht das Journal für Zahnheilkunde vom 15. Juni. Es handelt sich zwar nicht um die endgiltige Rechtsauslegung eines obersten Gerichtshofes, doch ist sie namentlich in ihrer schlüssigen Form in Erklärung der Zwecke einer Privatpoliklinik wichtig für weitere ärztliche Kreise.

In Sachen des praktischen Zahnarztes N. N. zu Berlin, gegen die Frau N. N. zu Berlin, hat die zweite Civilkammer des Königlichen Landgerichts I in Berlin für Recht erkannt:

Die Berufung des Klägers gegen das am 11. Juni 1894 verkündete Urtheil des Königlichen Amtsgerichts I zu Berlin, Abtheilung 4, wird auf Kosten des Klägers zurückgewiesen.

Thatbestand.

Durch das im Tenor bezeichnete Urtheil, auf dessen vorgetragenen Inhalt hier Bezug genommen wird, ist die Klage abgewiesen worden.

Der Kläger hat dagegen Berufung eingelegt mit dem Antrage, unter Aufhebung des Urtheils des Königlichen Amtsgerichts I vom 11. Januar cr., so weit Kläger abgewiesen worden ist, die Beklagte zur Zahlung von noch 26 Mark 50 Pfennigen nebst 5 Prozent Zinsen seit dem Tage der Klagezustellung zu verurtheilen.

Er begründet diesen Antrag wie folgt: Es bestehe weder ein Recht des unbemittelten Patienten auf unentgeltliche Verpflegung desjenigen Zahnarztes, welcher eine Poliklinik halte, noch eine Pflicht des Zahnarztes, einen in der Sprechstunde erscheinenden Klienten zu fragen, ob er kostenlos behandelt sein wolle oder nicht. Der Kläger habe gar nicht auf die Möglichkeit kommen können, dass die Beklagte Gratisbehandlung wünsche. Er habe weder gewusst, dass sie sich beim Portier erkundigt, noch sich erinnert, ihren Sohn unentgeltlich behandelt zu haben. Die Beklagte sei höchst nobel gekleidet gewesen und habe eine Bitte, umsonst behandelt zu werden, nicht ausgesprochen. Letzteres sei aber ihre Pflicht gewesen. Die Annahme der Beklagten, unentgeltlich behandelt zu werden, stelle sich danach als blosse reservatio mentalis dar. Das Anerbieten des Klägers, weitere Zahndefekte, als die Beklagte zunächst angegeben, zu plombiren, ändere an dieser Sachlage nichts.

Die Beklagte hat beantragt, kostenpflichtige Zurückweisung der Berufung. Sie bestreitet die Ausführungen des Klägers als nicht stichhaltig.

Es hat Beweisaufnahme stattgefunden gemäss dem Beschlusse vom 13. März 1895. Das Ergebniss desselben ist in der hier in Bezug genommenen Auskunft vom 28. März cr. enthalten.

Entscheidungsgründe.

Der frist- und formgerecht eingelegten Berufung war der Erfolg zu versagen. Ein Arzt, wie der Kläger, welcher nach seinem Aushängeschild eine „Poliklinik“ hält und zum Besuche derselben durch das Versprechen anlockt „Für Unbemittelte unentgeltlich“, verspricht mit der so gearteten unentgeltlichen Behandlung, wie der erste Richter zutreffend ausführt, nicht eine reine Freigebigkeit. Eine solche öffentliche Zusage an Unbemittelte hat zugleich den Zweck, zahlungsfähige Patienten anzulocken; diese sollen in den Glauben versetzt werden, der fragliche Arzt lasse es sich etwas kosten, durch möglichst zahlreiche Behandlungsfälle sich technische Geschicklichkeit und wissenschaftliche Erfahrung zu erwerben, er sei durch den erweiterten Kreis von Beobachtung und Behandlung besser als seine Standesgenossen in der gleichen Spezialwissenschaft in der Lage, Heilung zu gewährleisten. Der unbemittelte Patient kommt hier also für den Arzt im Wesentlichen als Versuchsobjekt in Frage und wird dadurch aus einem lediglich Empfangenden zugleich zu einem Gegenleistenden.

Eine Reklame vorbezeichneter Art mit dem Vorbehalte des Arztes, sich von Fall zu Fall die Entscheidung über Entgeltlichkeit oder Unentgeltlichkeit der Behandlung ohne Rücksicht auf die Mittel des Heilungsuchenden zu wahren, verstiesse gegen Treu und Glauben umsomehr, als der Arzt in der Ausübung seines sogenannten „liberalen“ Berufes bei der erwerbenden Thätigkeit in Anpreisungen und Auslobungen höhere Rücksichtnahme walten zu lassen hat als der verdienstsuchende Kaufmann und Gewerbetreibende.

Der Arzt erscheint danach verpflichtet, Vorkehrungen zu treffen, so dass jeder Hilfesuchende sich ohne Mühe vergewissern kann, unter welchen Umständen unentgeltliche Hilfe nicht zu erwarten ist. Unterlässt der Arzt derartige Anordnungen, zum Beispiel durch Trennung von Poliklinik und Sprechstunde, so muss er sich gefallen lassen, dass der Patient sich der Honorarforderung gegenüber mit der Behauptung seiner Zahlungsunfähigkeit rechtlich vertheidigt und durch den Beweis, dass er den Arzt zwecks unentgeltlicher Behandlung aufgesucht habe und zur Bezahlung des Arzthonorars nicht im Stande sei, die Honorarforderung juristisch beseitigt.

Die erste Voraussetzung ist durch den ersten Richter festgestellt und auch in zweiter Instanz nicht bestritten. Die Armuth der Beklagten steht nach der Auskunft der Polizeibehörde vom 28. März 1895 fest.

Die Regierungs-Präsidenten sind zur Prüfung der Liquidationen der Medizinalpersonen nicht mehr zuständig.

Da es in neuerer Zeit wiederholt vorgekommen ist, dass Liquidationen von Medizinalpersonen und Chemikern auf Ersuchen der Königlichen Staatsanwaltschaft von den Regirungs-Präsidenten gemäss § 10 des Gesetzes über die den Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher, medizinal- oder sanitätspolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872 festgesetzt worden sind, so giebt der Kultus-Minister in einem Rundschreiben an die Regierungs-Präsidenten bekannt, dass zur Festsetzung jener Liquidationen der Regierungs-Präsident nicht mehr zuständig ist. Der Schlusssatz des § 10 des Gesetzes, nach welchem die Festsetzung von der ständigen Regierung endgiltig zu bewirken ist, kommt hier nicht mehr in Betracht, da nach § 17 des Gesetzes vom 30. Juni 1878 die Festsetzung der den Zeugen und Sachverständigen zu gewährenden Gebühren im Falle der Requisition des Sachverständigen durch das Gericht oder den Staatsanwalt von diesen zu bewirken ist und jener Schlusssatz eine Taxvorschrift nicht enthält, welche zufolge § 13 der Gebührenordnung auch fernerhin zur Anwendung zu kommen hätte. Bei Requisition durch den Staatsanwalt steht gemäss der Bestimmungen unter No. 13, 68, 70 der Instruktion des Justizministers für die Verwaltung der Etatsfonds bei den Justizbehörden vom 19. April 1893 diesem die Festsetzung zu. Es schliesst dies jedoch nicht aus, dass die Justizbehörden, bevor sie die Festsetzungs-Verfügung erlassen, in Fällen der im § 10 des angeführten Gesetzes bezeichneten Art zunächst den zuständigen Regierungs-Präsidenten um eine gutachtliche

Aeusserung über die Liquidation ersuchen und dieses Gutachten sodann ihrer Festsetzung zu Grunde legen. Einem solchen Ersuchen wird stets zu entsprechen sein, wenn nicht besondere Umstände dem entgegenstehen. Die Anfechtung der Festsetzungs-Verfügung kann jedoch nur im Wege des gerichtlichen Instanzenzuges erfolgen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ein tödtlicher Betriebsunfall in Folge eines Rittes.

Ein gewisser Wolff stand viele Jahre bei dem Fuhrherrn Oscar Rosenbaum zu Friedrichsberg bei Berlin in Stellung. Am 10. August 1893 veranstaltete eine grössere Gesellschaft eine Landparthie nach dem Grunewald, gelegentlich deren Wolff als Vorreiter fungirte. Als man in Paulsborn angelangt war, stieg Wolff vom Pferde, ging einige Schritte und brach plötzlich todt zusammen. Die Wittwe erhob sodann für sich und ihre zwei Kinder bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft Entschädigungsansprüche, die aber abgelehnt wurden, da ein Betriebsunfall nicht vorliege; Wolff sei schon seit langer Zeit herzkrank gewesen und sei dem Herzleiden zufällig bei der betreffenden Landparthie zum Opfer gefallen. Auf die Berufung der Wittwe Wolff hob das Schiedsgericht zu Berlin den Bescheid der Beklagten auf und verurtheilte die F. B. G. zur Rentenzahlung. Das Schiedsgericht nahm an, dass Wolff vor dem Unfall gesund gewesen und in Folge grosser Hitze am fraglichen Tage durch einen Schlaganfall getroffen worden sei. Gegen diese Entscheidung ergriff die Berufsgenossenschaft das Rechtsmittel des Rekurses an das Reichs-Versicherungsamt und behauptete, gestützt auf ein anonymes Schreiben, dass Wolff schon seit Jahren herzleidend gewesen sei. Das Reichs-Versicherungsamt erhob Beweis. Der Leichenbeschauer Karl Hoffmann erklärte, mit Rücksicht auf das Aussehen der Leiche und die grosse Hitze am Todestage des Wolff Hitz- bezw. Lungenschlag als Todesursache annehmen zu müssen. Fuhrherr Rosenbaum bekundete, kurze Zeit vor Wolffs Tode sei dieser vierzehn Tage krank gewesen, angeblich war er herzleidend. Während Kutscher Günther erklärte, Wolff sei von der Fahrt nicht erhitzt gewesen und habe schon vorher über Brustschmerzen geklagt, bekundete Kutscher Jung, Wolff sei vom Ritt sehr erhitzt gewesen und die Jockeyjacke hätte er durchnässt gefunden. Sodann wurde vom Kreisphysikus Philipp ein Gutachten eingefordert, in welchem unter Anderem Folgendes ausgeführt wurde: „Durch das meteorologische Institut ist festgestellt, dass die höchste Temperatur am kritischen Tage 23,5° C. = 19° R. betragen hat, eine Hitze, die als eine exorbitante für die Jahreszeit nicht angesehen werden kann. Wolffs Tod war ein ganz plötzlicher, es könnte dabei in Betracht kommen Gehirnschlag, Hitzschlag und Herzlähmung. Beim Gehirnschlag tritt der Tod auch plötzlich ein, meist jedoch sind Erstickungs-Erscheinungen deutlich wahrnehmbar. Im vorliegenden Falle ist der Tod nach den Zeugenaussagen plötzlich ohne vorhergegangene Athembeschwerde, Röcheln, krampfartige Erscheinung etc. eingetreten. Gegen die Annahme eines Hitzschlages spricht die Thatsache, dass Wolff vor der Fuhrwerkskolonne allein ritt und dadurch die für das Zustandekommen des Hitzschlages nothwendigen Vorbedingungen, namentlich, dass die Wärmeabgabe seines Körpers nach aussen durch eine ihn eng umgebende Menschenmenge behindert war, nicht vorlag. Die Zeugenaussagen sprechen dafür, dass akute Herzlähmung (Herzschlag) vorgelegen hat. Dieselbe tritt bei Herz-Erkrankungen, manchmal auch ohne dass dieselbe vorher besondere Beschwerden gemacht haben, auf, sie erfolgt durch plötzliches Stillstehen des Herzens und verursacht augenblicklichen Tod. Dr. Strohmann gab zwar an, dass Wolff von ihm an einem Herzleiden nicht behandelt worden ist; die Angaben der Zeugen machen es aber wahrscheinlich, dass eine Herz-Affektion vorgelegen hat. Es ist bekannt, dass Herzkranke jahrelang mit ihrem Fehler behaftet anscheinend gesund leben und ihren Beruf ausüben, und dass sogar bei nöthiger Vorsicht es oft gelingt, sehr schwer herzleidende Kranke noch jahrelang zu erhalten, während auf der anderen Seite heftige körperliche Anstrengungen, starke geistige Erregungen, Schreck etc. den sofortigen Tod bei solchen Leuten herbeiführen können. Hier liegt aber zweifellos eine erhebliche körperliche Anstrengung vor. Wenngleich anzunehmen ist, dass Wolff, wie alle Kutscher, öfter in der Lage war, kurze Strecken zu reiten, so dürften Ritte von mehreren Meilen im Trabe doch wohl bei seinem Beruf äusserst selten vorkommen und als eine ungewöhnliche Anstrengung aufzufassen sein, wozu noch kam, dass der Ritt an einem heissen Sommertage gemacht wurde. Es waren also die Bedingungen gegeben, welche das Zustandekommen der Herzlähmung begünstigen konnten, nämlich eine nach Aussage der Zeugen vorhandene Herz-Affektion und eine besondere, in dem Beruf des Verstorbenen nicht gewöhnliche Anstrengung. Dafür, dass der Herzschlag auch ohne diese Anstrengung als Folge des vorhandenen Herzleidens am 10. August 1893 hätte erfolgen müssen und dass nicht, wenn der Ritt unterblieben und der Verstorbene sich in ärztliche Behandlung gegeben hätte, der plötzliche Tod hätte verhindert werden können, fehlt jeder Anhalt. Nach Lage der Akten muss angenommen werden, dass Wolff schon vor seinem Tode an einer Herz-Erkrankung gelitten hat, dass der Tod durch Herzlähmung erfolgt ist und dass das Eintreten der Herzlähmung durch die am 10. August 1893 stattgehabte sehr erhebliche körperliche Anstrengung verursacht ist, somit der Tod in ursächlichem Zusammenhange mit der Berufsthätigkeit des Wolff gestanden hat.“ Das Reichs-Versicherungsamt wies nunmehr den Rekurs der Berufsgenossenschaft als unbegründet zurück und erblickte in dem anstrengenden Ritt des Wolff, wenn Letzterer auch herzleidend war, eine erhebliche Mitursache des Todes des Ehemanns der Klägerin, der wahrscheinlich noch lange Zeit gelebt haben würde, wenn er nicht den Ritt nach dem Grunewald am 10. August 1893 unternommen hätte.

Aus dem Reichsgericht.

Vorsätzliche Körperverletzung.

Wirkt Jemand vorsätzlich auf den Willen eines anderen in der Weise ein, dass dieser etwas thut, was eine Beschädigung seiner Gesundheit zur Folge haben kann und auch thatsächlich hat, so ist nach einem Urtheil des Reichsgerichts, IV. Strafsenats, vom 30. November 1894, der Einwirkende wegen vorsätzlicher Körperverletzung zu bestrafen. Ein Lehrling war durch den Befehl seines Meisters dazu gebracht worden, ein unvollständig gereinigtes Stück Darm zu essen, und der Lehrling erkrankte in Folge hiervon. Der Meister, welcher sich bei seinem Befehl bewusst gewesen, dass das Verschlucken des ekelerregenden Gegenstandes eine Erkrankung des Lehrling verursachen könne, wurde gegen vorsätzlicher Körperverletzung verurtheilt. Die Revision desselben wurde vom Reichsgericht verworfen, indem es begründend ausführte: „Es unterliegt keinem rechtlichen Bedenken, dass der objektive Thatbestand einer Körperverletzung nicht eine unmittelbare Einwirkung auf den Körper eines anderen erheischt, dass das Vergehen vielmehr in der Weise verübt werden kann, das entweder ein Dritter als Werkzeug zur Verursachung einer Körperverletzung benutzt, oder dass der zu Verletzende selbst durch Täuschung oder sonstwie durch rechtswidrige Einwirkung

auf seinen Willen dazu gebracht wird, sich eine Körperverletzung zuzufügen. Und in letzterer Hinsicht ist nicht erforderlich, dass ein Widerstand gegen die rechtswidrige Einwirkung auf den Willen unmöglich ist. . . . Der so festgestellte Eventualdolus genügt, die verursachte Gesundheitsbeschädigung als eine vorsätzlich verübte anzusehen. Nicht nothwendig ist, dass der Angeklagte die Erkrankung des Lehrlings als eine nothwendige Folge seines Thuns vorausgesehen hat."

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ein Armenarzt hat noch nicht ohne Weiteres Beamten-Eigenschaft.

Die Uebertragung der Funktionen eines Armenarztes an einen Arzt durch Vertrag zwischen der Gemeindebehörde und dem Arzt verleiht, nach einem Urtheil des Ober-Verwaltungsgerichts, II. Senats, vom 16. Februar 1895, diesem nicht ohne weiteres eine Beamtenstellung, auch wenn im Vertrage die dem Arzt zu gewährende fortlaufende Geldleistung als „Gehalt" bezeichnet ist und dieses „Gehalt" hinsichtlich der Gemeinde-Einkommensteuer als zur Hälfte von der Besteuerung befreit behandelt worden ist. — Die Wahl des praktischen Arztes Dr. N. zum Stadtverordneten in V. (Rheinprovinz) wurde klagend angefochten, weil Dr. N. von der Stadt als Armenarzt angestellt, daher als Gemeindebeamter nach § 16 Nr. 2 der Städteordnung für die Rheinprovinz vom 15. Mai 1856 nicht wählbar sei. Der Bezirksausschuss wies die Klage ab mit der Ausführung: Das Verhältniss des Dr. N. zur Stadt sei lediglich nach dem Vertrage vom 26. März 1891, dessen Unterzeichnung durch den Bürgermeister keine Anstellung enthalte, zu beurtheilen; auch sei die Stadtverordnetenversammlung vorher nicht gehört und Dr. N. nicht vereidigt. Unter solchen Umständen genüge die blosse Einstellung des Gehalts von 200 Mark in den Etat der allgemeinen Armenverwaltung und die Befreiung der Hälfte des Gehalts von der Gemeindeeinkommensteuer noch nicht, die Beamteneigenschaft als gegeben anzusehen. Auf die Berufung der Kläger bestätigte das Ober-Verwaltungsgericht die Vorentscheidung, indem es begründend ausführte: „Die Anstellung mit dem Effekt der Begründung der Beamteneigenschaft kann allerdings auch mittels Unterzeichnung eines Vertrages zwischen der Behörde und dem Berufenen erfolgen. Indessen ist die regelmässige Form doch die Ertheilung einer Bestallung, durch welche einerseits die Unterordnung unter jene Behörde, andererseits das dem Beamten gewährte Schutzverhältniss verbrieft werden. Es bedarf daher in jedem Falle einer besonderen Untersuchung, ob bereits durch die wieder gebräuchliche Form des Vertrages eine Beamtenstellung hat gewährt und übernommen werden sollen. Dabei genügt es nicht, dass der Berufene überhaupt an der Erfüllung kommunaler Aufgaben, wie beispielsweise der Fürsorge für die Armen und für die öffentliche Gesundheitspflege, betheiligt wird, sondern es müssen ihm innerhalb dieser Aufgaben Funktionen anvertraut werden, welche gerade die Beamtenstellung besonders kennzeichnen. Der Vertrag vom 26. März 1891 ergiebt aber nichts Derartiges. Dem Dr. N. ist danach nur die ärztliche, wundärztliche und geburtshilfliche Behandlung derjenigen Erkrankten des III. Armen-Bezirks übertragen, für deren Pflege zu sorgen der Gemeinde obliegt. Die Pflicht des Arztes erstreckt sich nur auf die auch sonst jedem Arzte obliegende sorgfältige Behandlung der Kranken, sowie auf die Beachtung der Sparsamkeit bei der Arzneiverschreibung und eine Kontrole der Apothekerrechnungen. Daneben hat er noch die Transportanden zu untersuchen und darüber auf Erfordern eine Bescheinigung auszustellen; es ist aber nicht ersichtlich, dass diesen Attesten amtlicher Glaube beizumessen wäre. Ferner wird ihm zwar die technische Revision der Schulen aufgetragen, aber keinerlei Anordnung gestattet, sondern nur Berichterstattung an den Bürgermeister verlangt. Auch die Mitwirkung für die ihm anvertrauten Kranken als Mitglied der Sänitätskommission bei Epidemien und die Ausstellung von Todtenscheinen überschreiten nicht nothwendig den Geschäftskreis oder die Qualifikation eines Privatarztes. Der Inhalt des Vertrages bietet also keinen Anhalt dafür, dass durch denselben etwas Mehreres beabsichtigt sei, als die Sicherung einer der Armenverwaltung zur Seite stehenden technischen Hilfskraft. — Wenn somit keine Momente für die Absicht, dem Dr. N. eine Beamtenstellung zu verleihen, für seine Absicht andererseits, in solche Stellung einzutreten, aus dem Vertrag folgen, so ergiebt sich ein Thatbestand dieser Art auch nicht aus der etatsmässigen Bezeichnung des Honorars als „Gehalt", noch aus der etwaigen steuerlichen Behandlung der Hälfte desselben."

Gerichtliche Bestrafung eines Simulanten.

Im „Centralblatt f. d. land- u. forstwirthschaftl. Unfallversicherung im Deutschen Reiche" vom 25. Juni 1895 wird folgender Fall veröffentlicht:

Der Holzhauer H. hatte im Januar 1891 dadurch einen Betriebsunfall erlitten, dass ihm durch einen beim Fällen einer Eiche abspringenden Spahn das rechte Auge schwer verletzt wurde.

Diese Augenverletzung wurde damals in der Klinik zu Jena entsprechend behandelt, und H. erhielt nach Beendigung des Heilverfahrens zunächst eine Unfallrente für $33^1/_3$ Prozent Verlust der normalen Erwerbsfähigkeit, ein Satz, welcher bei gänzlichem Verlust oder der einem solchen gleich zu achtenden völligen Erblindung eines Auges an derartig Verletzte in der Regel gewährt wird. H., welcher inzwischen in einer auswärtigen Ziegelei gearbeitet, dann aber in seinem Heimathsorte Anstellung als Gemeindediener gefunden hatte, bezog diese Rente während zweier Jahre und stellte dann im Frühjahr 1893 unter Einreichung einer an sich glaubhaften ärztlichen Bescheinigung durch Vermittelung des zuständigen Vertrauensmannes an den Vorstand der Berufsgenossenschaft den Antrag, „man möge ihm die bisherige Rente entsprechend erhöhen, da sich seine Arbeitsfähigkeit infolge des Unfalles wesentlich verschlechtert habe, denn sein beschädigtes rechtes Auge sei inzwischen völlig erblindet und auch das linke habe infolge Ueberanstrengung sehr gelitten; so müsse z. B. der Gemeindevorstand jede Bekanntmachung in grossen Buchstaben schreiben und ausserdem noch mehrmals vorlesen, damit er nur seinen Dienst als Gemeindediener versehen könne". Da sowohl das eingereichte ärztliche Zeugniss diese Angaben als Thatsache bescheinigte, auch der Vertrauensmann sich dahin äusserte, dass seines Erachtens seitens des H. keine Verstellung vorliege, war es die Pflicht des Genossenschaftsvorstandes, auf Grund des § 70 der beantragten Rentenerhöhung näher zu treten. Auf Vorschlag des Vertrauensmannes wurde demnach der Verletzte durch einen zweiten Arzt untersucht, welcher in seinem Gutachten vom 10. Juli 1893 Folgendes feststellte:

„Das rechte Auge ist völlig erblindet. Linkes Auge: die Bindehautblutgefässe stärker gefüllt, ebenso die Gefässe des Augenhintergrundes stärker hervortretend. Bei geringerer Anstrengung thränen beide Augen. Das linke Auge befindet sich demnach zur Zeit in einem Reizzustande, der möglicherweise mit dem erblindeten Auge zusammmenhängt und das bis jetzt noch gesunde d. i. sehfähige Auge stark gefährdet.

Nach Angabe des Verletzten besteht dieser Reizzustand schon seit mehreren Monaten und hat sich in letzter Zeit verschlimmert. Die zeitige Erwerbsunfähigkeit des Verletzten hat sich bis auf die Hälfte ermässigt. Es ist überhaupt angezeigt, den H. einer Augenklinik zuzuweisen, da vielleicht das erblindete Auge entfernt werden müsste, um gänzliche Erblindung auch des linken Auges zu verhüten."

H. wurde daraufhin der Augenklinik zu Jena überwiesen, von wo er jedoch schon nach drei Tagen wieder entlassen wurde, da nach Aeusserung des Direktoriums der Klinik sich bei dem Mann mit absoluter Sicherheit eine starke Simulation und Uebertreibung feststellen lässt. Auf Grund der Untersuchung erstattete der Direktor der Augenklinik Professor Dr. Wagenmann in Jena nunmehr unterm 11. September 1892 ein ebenso eingehendes als interessantes Gutachten, das wir der besseren Beurtheilung des Falles wegen in etwas eingehenderem Auszuge hier mittheilen wollen.

Der genannte Arzt sagt darin Folgendes: „Der Holzhauer H. wurde vom 1. bis 4. August 1893 in der hiesigen Augenklinik beobachtet und wiederholt untersucht.

Als Folgen der am 28. Januar 1891 erlittenen Kontusion des rechten Auges durch Gegenfliegen eines Holzstückes lässt sich mit Augenspiegel eine den Nerveneintritt fast ringsum umkreisende Narbe der Aderhaut, sowie eine geringe Abblassung des Sehnerveneintritts nachweisen. H. berichtete, dass sein rechtes Auge seit der Verletzung völlig erblindet sei, und dass das andere Auge auch stetig abgenommen habe und besonders seit dem Frühjahre hochgradig schwachsichtig geworden sei. Dem entsprechend gab H. bei der Sehschärfenbestimmung an, dass das rechte Auge völlig erblindet sei und keine Spur von Lichtempfindung besitze, und dass am linken, nicht verletzten Auge die Sehschärfe auf weniger als etwa $^1/_6$ der Norm herabgesetzt und durch Gläser auch nicht zu bessern sei. Ausserdem gab er bei Prüfung des Gesichtsfeldes an, dass dasselbe am linken Auge ganz bedeutend eingeengt sei. — Eine Ursache für die Abnahme des Sehvermögens am linken Auge liess sich durch objektive Untersuchung in keiner Weise erklären, auch die Augenspiegeluntersuchung ergab normalen Befund. Das Auge erschien vollkommen gesund bis auf eine geringe Röthung der Bindehaut und Verdickung derselben im Hornhautrande; Veränderungen, die bei der arbeitenden Klasse sehr häufig gefunden werden, in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der Verletzung stehen und auf das Sehvermögen keinen Einfluss haben. Von einer von der Verletzung des ersten Auges abhängigen Erkrankung des linken konnte bei der Art der Beschädigung des ersteren ebenfalls keine Rede sein.

Erregte schon diese unerklärliche Abnahme des Sehvermögens und des Gesichtsfeldes des gesund aussehenden Auges berechtigte Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben, so wurde der Verdacht auf Simulation, abgesehen von dem Benehmen des Mannes bei der Prüfung, dadurch direkt nahegelegt und geradezu begründet, dass an dem angeblich vollkommen erblindeten Auge, an dem jede Lichtempfindung selbst bei stärkster Beleuchtung seit langer Zeit erloschen sein sollte, die normale Verengerung der Pupille auf Lichteinfall und die Rückwirkung (— konsensuelle Reaktion —) davon auf das andere Auge unverzüglich erfolgte. Bei eingehenden, meistens im Beisein zweier Assistenzärzte vorgenommenen Prüfungen konnte der unumstösslich sichere Beweis erbracht werden, dass der Mann in betreff beider Augen in der gröbsten Weise übertrieb und simulierte.

Zunächst wurde für das linke Auge mit Sicherheit bewiesen, dass das Auge bedeutend mehr als die bei der ersten Prüfung angegebene Sehschärfe besass, da der Mann bei der Prüfung desselben in verschiedenen Entfernungen die widersprechendsten und unmöglichsten Angaben machte. Während er auf 6 Meter geprüft nur weniger als $^1/_6$ der normalen Sehschärfe besitzen wollte, las er nach einigem Zaudern den feinsten Druck der Schweiggerschen Schriftproben, die ein normales Auge bis 30 cm Entfernung lesen kann, in 15 cm, woraus folgt, dass das Auge mindestens halbe Sehschärfe besass. Auch wurde durch geeignete Untersuchungsmethoden festgestellt, dass die Angabe über hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes desselben Auges eine Vorspiegelung war. Durch Anwendung verschiedenster Proben auf Simulation konnte sodann auf das Bestimmteste nachgewiesen werden, dass das angeblich vollständig erblindete rechte Auge sah, ja, dass dessen Sehschärfe um höchstens die Hälfte der Norm beeinträchtigt war."

Wir übergehen hier die Schilderung dieser äusserst scharfsinnigen Untersuchungen und lassen den begutachtenden Arzt wie folgt fortfahren:

„Nachdem ich den Nachweis absichtlicher Uebertreibung und Simulation auf verschiedene Weise erbracht und den ungefähren Grad des vorhandenen Sehvermögens bestimmt hatte, stellte ich den Mann zur Rede und eröffnete ihm, was ich über sein Angeben dächte. Nach einigem Zögern gestand derselbe, dass er simuliert habe und las mit dem rechten Auge kleine Druckschrift. Bei näherer Feststellung des Grades der Sehschärfe gab er nun rechts eine Herabsetzung auf $^1/_4$ und links auf $^1/_2$ der Norm an. Das Gesichtsfeld beider Augen hatte seine normale Ausdehnung. Aber auch jetzt entsprachen seine Angaben noch nicht der vollen Wahrheit, wie durch erneute Proben auf Simulation festgestellt wurde. Schloss man nämlich, ohne dass H. es merkte, sein linkes Auge beim Sehen in die Ferne durch ein geeignetes Glas vom Sehen aus, so las er, also mit dem rechten Auge allein, die 12 Meter-Schrift der Snelleuschen Tafeln vollkommen richtig auf 6 Meter Entfernung, woraus folgt, dass die Herabsetzung der Sehschärfe am rechten Auge höchstens $^1/_2$ der Norm betragen kann.

Bezeichnend war ferner, dass den Mann am andern Morgen sein Zugeständniss gereute, denn er versuchte wieder in der gröbsten Weise zu simulieren, wobei er aber die widersprechendsten Angaben machte. Erst nach wiederholten eindringlichen Vorhaltungen und Hinweisungen auf seine bereits gemachten Angaben liess er davon ab. Bei erneuter Prüfung konnte man sicher feststellen, dass die Sehkraft des rechten Auges auf höchstens die Hälfte der normalen herabgesetzt ist, während am linken annähernd normale Sehkraft besteht. Das Gesichtsfeld war auf beiden Augen normal. Aus dem oben Mitgetheilten zieht nun der Professor Dr. Wagenmann den Schluss, dass H. beim gemeinschaftlichen Gebrauch beider Augen nur äusserst wenig in seiner Erwerbsfähigkeit gegenüber der Zeit vor der Verletzung beeinträchtigt sei, er sagt sogar, man könnte schwanken, ob hier überhaupt von einem in Zahlen ausdrückbarem Grade von Arbeitsunfähigkeit die Rede sein könne, da gewichtige Gewährsmänner annehmen, dass für die meisten Arbeiter die Herabsetzung der Sehschärfe auf die Hälfte keine nennenswerthe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in sich schliesse. Ziehe man wieder andererseits in Betracht, dass das rechte Auge in der That einen schweren Schlag erlitten habe, dessen Folgen mit dem Augenspiegel erkennbar sind, und dass thatsächlich infolge dessen eine geringe Herabsetzung der Sehkraft vorliegt, so würde man zur Zeit eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit von höchstens 5—7,5 Prozent zugestehen können.

Schliesslich erwähnt der Arzt noch, dass seiner Ansicht nach dieses relativ gute Sehvermögen am verletzten Auge des H. schon bald nach der Verletzung wieder vorhanden war, und dass er deshalb die Aerzte, welche ihn behandelten und untersuchten, absichtlich getäuscht habe, und er könne in dieser Beziehung nur nochmals darauf hinweisen, dass das linke Auge zur Zeit keinerlei Zeichen einer schweren Erkrankung darbiete und sicher annähernd normale Sehkraft besitze."

Infolge dieses Gutachtens wurde selbstredend die dem H. bis jetzt gewährte Rente von $33^1/_3$ Prozent der Vollrente, anstatt erhöht, auf $7^1/_2$ Prozent der Vollrente, nämlich 1,40 Mark monatlich, herabgesetzt.

Nachdem die Rechtskraft des Bescheides des Berufsgenossenschaftsvorstandes eingetreten war, hielt es der letztere sowohl im Interesse der Berufsgenossenschaft selbst als auch hinsichtlich der für die sozialpolitische Gesetzgebung sehr wesentlichen öffentlichen Meinung für angezeigt, der Grossherzogl. Sächs. Staatsanwaltschaft zu Eisenach das Verhalten des H. mit dem Anheimgeben zur Kenntniss zu bringen, gegen diesen event. das strafgerichtliche Verfahren einzuleiten. Es hatte dies den Erfolg, dass H. durch Urtheil vom 3. April d. J. rechtskräftig wegen Betrugsversuch zu einer Gefängnissstrafe von vierzehn Tagen und den Kosten des Strafverfahrens verurtheilt wurde.

Der Inhalt dieses Urtheils ist folgender:

Die Annahme, dass H. in gröblichster Weise simuliert hat, ist um so mehr gerechtfertigt, als derselbe unter dem Drucke der gegen ihn stehenden Ergebnisse bei der Untersuchung durch den Prof. Wagenmann dem letzteren gegenüber zugestanden hat, simuliert zu haben, und dass er nach Herabsetzung der Rente um über $^3/_4$ nicht einmal versucht hat, wo er doch eine Erhöhung angestrebt hat, sich zu beschweren.

Es ist sonach als erwiesen zu erachten, dass H. durch seine gemachten falschen Angaben, welche als Anfang der Ausführung des geplanten Vergehens anzusehen sind, einen Irrthum zu erregen suchte, um dadurch die Erhöhung seiner Unfallrente und damit sich einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen zum Schaden der Berufsgenossenschaft.

Er (H.) hat hiernach den Entschluss, einen Betrug zu begehen, in genügender Weise bethätigt, und musste seine Verurtheilung in Gemässheit der §§ 263, 43 des Strafgesetzbuches erfolgen.

Das Schöffengericht hat dem Antrage der Amtsanwaltschaft entsprechend eine 14 tägige Gefängnissstrafe, besonders in Rücksicht darauf für angemessen erachtet, weil es ein Zeichen ehrloser Undankbarkeit ist, dass der Angeklagte die an sich schon als Wohlthaten anzusehenden Leistungen der Berufsgenossenschaft in eigennütziger Weise zu missbrauchen versucht hat.

Tagesgeschichte.

Infektionskrankheiten bei einer Privat-Unfall-Versicherung.

Am 1. Oktober vorigen Jahres starb zu Hamburg der Assistent am Hygienischen Institut daselbst Herr Dr. Oergel, an asiatischer Cholera. Derselbe hatte eine Flasche verseuchten Weichselwassers zu untersuchen und fand darin zahlreiche Cholerabazillen, aus denen er Reinkulturen darstellte, wobei ihm ein Tropfen des Wassers an die Lippen gespritzt sein soll.

Da Dr. Oergel bei der Unfallversicherungs-Gesellschaft „Nordstern“ versichert war, verlangte dessen Mutter als Erbin von genannter Gesellschaft Zahlung der Versicherungssumme von 10000 Mark. Der „Nordstern“ verweigert diese jedoch auf Grund der Bedingung des Versicherungsscheines, dass die Entschädigung nur ausgezahlt wird, „wenn ein gewaltsamer, plötzlicher, vom Wollen des Versicherten unabhängiger Unfall von aussen her durch eine mechanische Einwirkung sich ereignet“. Die Weigerung des „Nordstern“ ist jetzt vom hanseatischen Oberlandesgericht als rechtmässig anerkannt mit der Begründung, „die Vermehrung der Bazillen und deren Einwirkung auf Magen und Darm ist keine mechanische, sondern eine chemische Wirkung“.

Gegen diese von mehreren Zeitungen gebrachte Notiz erlässt nun die Unfallversicherungs-Gesellschaft „Nordstern“ nachstehende Erklärung:

„Die gleichlautend durch eine Reihe von Zeitungen gebrachte Mittheilung giebt den Thatbestand und die Entscheidungsgründe unrichtig und mangelhaft wieder. Sie nimmt als feststehend an, dass der Versicherte Dr. Oergel an „Laboratoriumscholera“ gestorben sei, und giebt als Begründung der Entscheidung des Oberlandesgerichts nur an, „die Vermehrung der Bazillen und deren Einwirkung auf Magen und Darm ist keine mechanische, sondern eine chemische Wirkung“. In Wirklichkeit ist diese Begründung lediglich an eine Nebenerwägung geknüpft und die Klage abgewiesen worden, weil in keiner Weise nachgewiesen werden konnte, wie und wo der Verstorbene die Cholera-Infektion sich zugezogen habe, die Behauptung aber, er habe sie sich bei seinen Laboratoriumsarbeiten beim Ansaugen einer Pipette mit Weichselwasser zugezogen, dadurch hinfällig wurde, dass dieses Wasser nachträglich von Cholerabazillen frei gefunden wurde, und, so heisst es wörtlich weiter in der Entscheidung: „auch bei der Unterstellung des der Klage günstigsten Herganges in demselben ein unter die Versicherung fallender Unfall nicht erblickt werden könnte.“ Ganz interessant ist dabei der wiederholt von der Klägerin betonte Umstand, dass es sich hier um eine Infektion während der Berufsthätigkeit des Versicherten handle: denn die Versicherung validirt ohne allen Unterschied inner- und ausserhalb des Berufes und daher können auch nicht an Unfälle innerhalb des Berufes andere Anforderungen gestellt werden, als an die sonstigen.“

Es handelt sich also bei der Streitfrage lediglich darum, ob eine Unfall-Versicherung zugleich eine Versicherung für den Fall einer Erkrankung an einer Infektions-Krankheit ist, wie Cholera, Typhus, Influenza oder auch Tuberkulose. Das ist sie aber weder bei der Gesellschaft „Nordstern“, noch bei irgend einer anderen Unfallversicherungs-Gesellschaft. Wollte sie das sein, so wäre die Prämie mindestens auf das Neun- bis Zehnfache zu erhöhen, und empfiehlt sich dann auf alle Fälle mehr die wirkliche Lebensversicherung. Herr Dr. Oergel zahlte für die Versicherung von 10000 Mark auf den Todesfall eine jährliche Prämie von 8 Mark; die einzige Gesellschaft — eine schweizerische —, welche lediglich gegen die Gefahr einer akuten Infektionskrankheit — nicht auch gleichzeitig gegen Unfall — versichert, fordert für die Versicherung der gleichen Summe jährlich 70—80 Mark, und die Lebensversicherung bedingt dafür eine jährliche Prämie von mindestens 200 Mark. Es wäre unbillig, zu verlangen, dass eine Gesellschaft für eine Prämie von 8 Mark ein Risiko deckt, für welches eine Prämie von mindestens 70 Mark erforderlich ist.

Dürfen entmündigte Aerzte praktiziren?

Aus der Verhandlung des preussischen Herrenhauses vom 9. Juli d. J. ist eine Aeusserung des Regierungs-Kommissars Geh. Rath Vierhaus bemerkenswerth. Derselbe sagt gelegentlich der Besprechung der Angelegenheit des Dr. Sternberg, dass es eine kaum begreifliche Lücke in der Gewerbeordnung ist, dass einem geisteskranken Arzte nicht die Erlaubniss zu praktiziren entzogen werden könne; ein solcher könne nicht anders an der Ausübung seiner ärztlichen Praxis gehindert werden, als wenn der Zustand derartig wird, dass er in eine Irrenanstalt gebracht werde.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. — № 16. — Ausgegeben am 15. August.

Bestimmungen über die Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten.

Nach einem Vortrage von Dr. **Braehmer**-Berlin.

Es liegt nicht in meiner Absicht, bei der Betrachtung der Arbeitszeit des Eisenbahnpersonals auf das volkswirthschaftliche und sozialpolitische Gebiet einzugehen. Ich werde mich vielmehr beschränken auf die hygienische Seite der Frage, d. h. die Sicherheit des Eisenbahnbetriebes, soweit dieselbe durch die Eisenbahn-Angestellten in Frage gestellt wird. Ich werde erörtern die Thätigkeit der Eisenbahn-Angestellten bezw. der einzelnen Dienstzweige und die von ihnen zu tragende Verantwortlichkeit, ferner die Frage, wie weit diese Verantwortlichkeit durch übermässige Dienstzeit gefährdet wird. Daran schliesse ich wir nach einem kurzen Ueberblick über die in den einzelnen Ländern bestehenden Bestimmungen die von mir mir für nothwendig erachteten Forderungen.

Die Verwaltung einer Eisenbahn besteht aus einer Oberleitung, welche aus juristischen, Bau- und maschinentechnischen sowie kaufmännischen Elementen zusammengesetzt ist, und aus einem grossen Beamten-Apparat. Den letzteren theilen wir wiederum in Beamte des inneren und solche des äusseren Betriebes.

Von diesen Beamten-Kategorien kommen für uns nur in Frage die Beamten des äusseren Betriebes, d. h. diejenigen Angestellten, in deren Händen die unmittelbare Ausführung des Eisenbahndienstes liegt. Wenn auch die Benennung einzelner Funktionen und die Pflichten einzelner Dienstzweige in den verschiedenen Ländern von einander abweichen, wenn auch einzelne Dienstzweige hier zum äusseren, dort zum inneren Betriebe gerechnet werden, so kann man doch überall vier grössere Hauptgruppen unterscheiden, in deren Händen der unmittelbare Betrieb liegt:

1. Stations-, 2. Bahnbewachungs-, 3. Zugbeförderungs-, 4. Zugbegleitungsbeamte.

Der erste Beamte der Station ist der Stations-Vorsteher; ihm sind zur Hilfe und Vertretung beigegeben Stationsassistenten, deren Zahl sich nach der Grösse der Station richtet. Unter dem diensthabenden Stationsbeamten stehen Wagenmeister, Rangirmeister, Weichensteller, Signalwärter, sowie eine Anzahl von Arbeitern für die verschiedensten Dienstleistungen u. s. w.

Der Stations-Vorsteher leitet auf seinem Bahnhof den gesammten Dienst. Er hat für den ordnungsmässigen Zustand des Bahnhofs, der Weichen, Barrieren, Signalapparate und der übrigen Betriebsmittel zu sorgen. Er hat anzuordnen den Rangirdienst, die Zusammenstellung, die Signalisirungen, Abmeldungen, Ablassungen der Züge, Ein- und Durchfahrt der Züge und Lokomotiven, die Meldungen von Verspätungen an die Vor- und Uebergangsstationen u. s. w. Ihm liegt ob die Disziplin über die Beamten und die Bahnhofspolizei.

Der Umfang und die Bedeutung der Geschäfte eines Stations-Vorstandes ist hiernach selbstverständlich sehr verschieden. Während auf Sekundärbahnen oft nur sechs bis acht Züge innerhalb 24 Stunden gemächlich verkehren, stelle man sich die ungeheure Verantwortlichkeit eines Vorstandes grosser Stationen vor, an denen alle zwei bis drei Minuten Züge nach den verschiedensten Richtungen abgefertigt werden. Welche Elastizität, welche Spannkraft gehört zu einer solchen Thätigkeit!

Die Funktionen der übrigen obengenannten, dem Vorstand untergestellten Beamten gehen aus ihrer Dienstbezeichnung hervor.

Sie haben auf Anordnung des Vorstandes die Wagen zu rangiren und zusammenzustellen, die Weichen und Signale zu bedienen. Auf Stationen mit starkem Nachtverkehre müssen zur Ablösung sämmtliche Dienstzweige der Stationen doppelt besetzt sein.

Der Bahnbewachungsdienst wird in erster Linie ausgeübt von den Bahnmeistern oder Bahnaufsehern unter welchem die Bahnwärter, Barrieren-, Brücken-, Tunnelwärter, Streckenarbeiter u. s. w. funktioniren. Dem Bahnbewachungspersonal liegt es ob, dafür zu sorgen, dass den Zügen keine Hindernisse bereitet werden. In der Regel verwaltet ein Bahnmeister eine Strecke von 1—2 Meilen Bahn. Er hat dieselbe täglich zu begehen, um die Wärter und Arbeiter zu kontroliren, die Arbeiten auf der Strecke anzuordnen und das nothwendige Material herbeizuschaffen. Die Bahnwärter haben gewöhnlich 1 km Bahnstrecke zu beaufsichtigen. Zu diesem Zwecke müssen sie die Barrieren an den Uebergängen und die Signalvorrichtungen bedienen, die Telegraphenleitungen und Läutewerke beaufsichtigen, die Hindernisse beseitigen

oder, wenn dies nicht möglich ist, rechtzeitig die Signale zum Langsamfahren oder Halten geben.

Das Zugbeförderungspersonal besteht aus dem Lokomotivführer und dem Heizer. Der Führer hat die Maschine vor der Abfahrt zu untersuchen, für das Vorhandensein von Werkzeugen zur Abhilfe leichter Schäden zu sorgen, sich zu überzeugen, dass Wasser und Brennmaterial in genügender Menge vorhanden sind. Er hat, nachdem der Zug formirt ist, denselben auf Weisung des Zugführers in Bewegung zu setzen, mit vorgeschriebener Geschwindigkeit zu fahren, vor Allem aber mit vorwärts gewandtem Gesichte die Strecke fortwährend im Auge zu behalten und auf die Signale zu achten. Die Höhe des Wasserstandes im Kessel, die richtige Füllung des Ofens mit Kohlen hat er stets zu überwachen. Er hat dafür zu sorgen, dass genügende Dampfkraft hergestellt wird nicht nur für die Fortbewegung des Zuges, sondern auch für die Luftdruckbremsen und im Winter für die Dampfheizung. In dieser mannigfachen Thätigkeit wird er unterstützt von dem Heizer oder Feuermann, welcher heizt, die Maschine schmiert, den Kessel reinigt und das Wasser überführt. Er steht auf dem Tender, sieht nach hinten auf etwaige Signale des Zuges und muss im Nothfall den Führer vertreten.

Die letzte Gruppe bildet das Zugbegleitungspersonal. Zu demselben gehören die Zugführer oder Oberschaffner, die Condukteure oder Schaffner, die Bremser, die Packmeister, die Wagenwärter. Der Zugführer ist der eigentliche Befehlshaber des Zuges, so lange derselbe in Bewegung ist, während beim Halten an den Stationen der Vorsteher kommandirt. Auf Weisung des Letzteren giebt der Zugführer das Zeichen zur Abfahrt, kontrolirt die Wagen, die Besetzung derselben und die Funktionen der Schaffner u. s. w. Die Letzteren vermitteln hauptsächlich den Verkehr mit dem Publikum, sorgen für angemessene Unterbringung derselben und kontroliren die Billette. Die Bremser haben den Zustand der Wagengestelle zu überwachen, für Schmieren und Einölen zu sorgen und die Handbremsen, so weit dieselben noch vorhanden sind, zu bedienen.

Die Funktion der Packmeister liegt in ihrer Bezeichnung. Jeden Zug begleitet gewöhnlich ein Packmeister, welcher in einem eigenen Wagen das Gepäck anzunehmen bezw. wieder zu verausgaben hat.

Das sind in kurzen Zügen die Funktionen derjenigen Beamten, deren Arbeitszeit ich besprechen will. Indess sind noch innerhalb der genannten Dienstzweige die Anforderungen verschieden, je nachdem es sich um Stationen und Strecken mit starkem oder schwachem Verkehr, um Schnell-, Personen- oder Güterzüge, um starke, neue oder schwache, alte Maschinen, Wagen und Oberbauten handelt.

Jeder der genannten Dienstzweige ist mit Verantwortlichkeit verbunden, wenn auch nicht im gleichen Masse. Diese Verschiedenheit wird noch dadurch verstärkt, dass ein Theil der genannten Dienstzweige gewissen, mit dem Eisenbahnbetrieb verbundenen Schädlichkeiten unterworfen ist, welche das Tragen einer gewissen Verantwortung erschweren. Diese Schädlichkeiten, die Erschütterung beim Fahren, namentlich auf der Maschine, die Einathmung von Russ und Kohlenstaub, die unregelmässige Lebensweise, die unzweckmässige Nahrung u. s. w. betreffen nur das Fahr- und besonders das Lokomotivpersonal, während die Stations- und Bahnbewachungsbeamten, die sich nicht vom Orte entfernen, in gewohnter Weise verpflegen und nach gethaner Arbeit ihre gewohnte Lagerstätte aufsuchen, diesen Schädlichkeiten nicht unterworfen sind. Wie eingreifend die Wirkung der mit dem Eisenbahnbetrieb verbundenen Schädlichkeiten ist, beweist die Morbititäts- und Mortalitäts-Statistik, und verweise ich auf die Arbeiten von Findlaison, Behm, Richter, Lent, Westergaard; Behm rechnet, dass die Invalidität der Fahrbeamten 56 Prozent, die Zahl der Krankheitsfälle 73 Prozent höher ist, als erwartungsmässig. Näher auf diese Verhältnisse einzugehen, verbietet mir der Raum. Werfen wir schliesslich einen Rückblick auf die Verantwortlichkeit der einzelnen Dienstzweige unter Berücksichtigung aller Verhältnisse, so halte ich für die verantwortungsvollste Thätigkeit die des Lokomotivführers, nächst dem die des Stations- und Bahnbewachungspersonals, endlich die der Zugbegleitungsbeamten. Beweis dafür ist, dass die Reihenfolge, in welcher die Beamten zur gerichtlichen Verantwortung gezogen werden, dieselbe ist. Es ist ja unzweifelhaft, dass die Technik seit Jahren bemüht gewesen ist, Einrichtungen zu treffen, durch welche die Verantwortlichkeit dem einzelnen untergeordneten Beamten möglichst entzogen wird: die Luftdruckbremse, durch welche der Lokomotivführer den ganzen Zug in der Hand hat, Centralweichensystem, die verbesserten Signalsysteme u. s. w. entlasten den Einzelnen. Immerhin bleibt aber für Jeden ein Theil der Verantwortlichkeit zurück, für den Stationsvorstand, der das Signal zur Ein- oder Ausfahrt nicht rechtzeitig giebt, für den Bahnwärter, der ein Hinderniss auf den Schienen oder einen Schienenbruch, für den Wagenwärter, der einen Axenbruch oder eine heiss gelaufene Axe übersieht.

Am grössten ist aber die Verantwortlichkeit des Lokomotivführers. Die auf der Maschine am fühlbarsten hervortretende Erschütterung beim Fahren, die Hitze des Dampfkessels, die Einathmung von Russ und Staub, das meistens nothwendige Stehen, die ununterbrochene Anspannung der physischen Kräfte und der Sinnesorgane, endlich bei Gefahren die Todesangst, mit der gerade der Führer einen Zusammenstoss oder eine Entgleisung vor Augen sieht, machen seinen Dienstzweig zu dem verantwortungvollsten.

Ich komme nun zur Beantwortung der Frage:

Wird die Verantwortlichkeit der Angestellten durch übermässige Arbeitszeit in Frage gestellt? Die Verschiedenheit in der Lebenskraft und Ausdauer, in der Widerstands- und Willenskraft gesunder Menschen bedingt Verschiedenheit in der täglichen Arbeitsfähigkeit. Der Eine kann länger arbeiten, als der Andere, ohne überanstrengt zu sein; der Eine, selbst wenn er übermässig angestrengt ist, durch Willenskraft die Arbeit länger fortsetzen als der Andere, wenn auch anzunehmen ist, dass sein physischer Organismus durch die Mehrarbeit leidet und früher abgenutzt wird. Wenden wir diese Sätze auf die Eisenbahn-Angestellten an, so sollen dieselben nicht nur vor früher Abnutzung durch Ueberanstrengung bewahrt werden, sondern sie sollen überhaupt den Dienst nicht mehr fortsetzen, sobald sie übermässig angestrengt sind, d. h. sie sollen im Interesse der Sicherheit des Betriebes dieselbe Leistungsfähigkeit des Körpers und Geistes bis zum letzten Augenblick bewahren. Es ist gewiss nicht leicht, eine bestimmte Zeitdauer für diese unverminderte Leistungsfähigkeit festzusetzen, und alle Bestimmungen, welche in dieser Beziehung getroffen worden sind, haben die Klagen über Ueberbürdung nicht verstummen lassen können. Täuschungen und Versehen, welche oft schwere Folgen haben, werden nur zu oft auf Ueberbürdung geschoben.

Wenn es auch nun erfahrungsgemäss feststeht, dass nach Unfällen der Schuldige oft mit Unrecht Ueberbürdung als Entschuldigung und Vorwand anführt, so lehren doch die gerichtlichen Verhandlungen, dass in einer Anzahl von Fällen übermässige Arbeitszeit von den Richtern anerkannt und als Minderungsgrund geltend gemacht worden ist. Leider sind die Unfälle, die mit Sicherheit auf übermässige Arbeitszeit zurückzuführen sind, nicht überall statistisch zusammengestellt, wie es eigentlich sein soll. Wir sind aber in der Lage, aus den

vorzüglichen Arbeiten von Gustav Cohn, Göttingen, über die Arbeitszeit der englischen Eisenbahnbediensteten einige sichere Angaben machen zu können. Auf Veranlassung des Unterhauses und auf Antrag von Mr. Chamning wurde in England eine Zusammenstellung gemacht über die sämmtlichen von 1884—1891 vorgekommenen Fälle, in welchen die Eisenbahninspektoren in ihrem Berichte über Verunglückungen auf die ungebührliche Länge der Arbeitszeit als Ursache des Unfalles hingewiesen haben. Die Zahl dieser Fälle in den 8 Jahren beträgt 65. Daran betheiligen sich die verschiedenen Eisenbahngesellschaften in verschiedenem Umfange. Sehr lehrreich ist, dass die grösste von allen, die London und North-Western, welche die relativ besten Einrichtungen ihrer Arbeitszeit hat, an den 65 Unfällen mit der geringsten Zahl, nur mit 2, betheiligt ist. Ich gestatte mir noch, einige bemerkenswerthe Beispiele aus dieser Zusammenstellung wiederzugeben.

Am 25. Oktober 1887 fand auf der North-Western ein Zusammenstoss von zwei Güterzügen statt. Der Lokomotivführer des einen Zuges hatte am Tage vorher $14^1/_2$ Stunden im Dienst gestanden, war nach einer Rast von $7^1/_2$ Stunden wieder zur Arbeit gegangen und befand sich $13^1/_2$ Stunden im Dienst, als der Zusammenstoss stattfand; er würde noch weitere drei Stunden im Dienst geblieben sein, wenn Alles gut gegangen wäre.

Der Lokomotivführer des anderen Zuges war fast 14 Stunden im Dienst gewesen und würde 18 Stunden geblieben sein, wenn der Unfall nicht passirt wäre. Am 24. Dezember 1890 kollidirte auf der Great-Northern ein Personenzug der Lancashire- und Yorkshirebahn mit einer Maschine der Great-Northern, an welcher Heizer und Lokomotivführer bereits $18^1/_2$ Stunden gestanden hatten, als der Zusammenstoss sich ereignete. Die Vermehrung dieser Beispiele würde den Rahmen meiner Abhandlung ungebührlich überschreiten, und verweise ich auf die Cohn'schen Arbeiten im preussischen Archiv für Eisenbahnwesen.

Aber nicht nur die Statistik, sondern die Betrachtung des täglichen Lebens zeigt, welche Gefahren in einer übermässigen Dienstzeit liegen können. Wer häufig die Eisenbahnbediensteten nach dem Ende der Fahrt zu beobachten Gelegenheit hat, wird den bedeutenden Nachlass der körperlichen Elastizität und Spannkraft deutlich erkennen. Schon während der letzten Dienststunden werden die Leute einsilbiger. Auf dem Wege zu ihren Wohnungen oder den Uebernachtungsräumen gehen sie langsam, schwerfällig, steif, gewöhnlich mit herabhängendem Arm. Durch Staub und Russ sieht man die graublasse Haut, das ermüdete Auge. Man gewinnt den Eindruck, dass man sich einem Zuge, der von solchen Leuten bedient wird, ungern anvertraut. Auch an Stationsvorstehern auf grossen Stationen kann man nach 10—12stündiger Dienstzeit ähnliche Beobachtungen machen. Man wird demnach, auch ohne die Statistik zu fragen, zu der Ueberzeugung kommen müssen, dass übermässig lange beschäftigte Eisenbahnbedienstete die Sicherheit des Betriebes gefährden können.

Dieser Thatsache gegenüber muss es auffallend erscheinen, dass die einzelnen Staaten erst nach längerer Zeit dazu gekommen sind, Bestimmungen über die Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten zu treffen. Wir kommen damit zur Beantwortung der Frage: Welches sind diese Bestimmungen?

In Oesterreich-Ungarn gelten folgende Grundsätze:

I. Die Dienstzeit der Verkehrsbeamten ist in den verschiedenen Stationen in der Weise bemessen, dass nach 24stündigem Dienst stets 12 Raststunden gegeben werden, in anderen Stationen erfolgt die Ablösung schon nach 12 Stunden.

II. Für Zugbegleitungspersonal, Lokomotivführer, Heizer, Schaffner dient zum Grundsatz, dass binnen 24 Stunden stets 6 Stunden Rastzeit gegeben werde; bei Schnell- und Personenzügen ist die längste Dienstzeit mit 12, bei Lastzügen mit 10 Stunden bemessen, an jedem siebenten, höchstens aber an jeden zehnten Diensttag werden 24 Stunden Rast gegeben.

III. Bahn- und Weichenwärter müssen auf 18 resp. 12 Stunden Dienst abgelöst werden und haben 6—12 Stunden Rastzeit.

In Deutschland fingen schon frühzeitig die Einzelstaaten an, der Dienstzeit der Angestellten ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. In Preussen erliess der Minister bereits 1872 allgemeine Grundsätze für die Regelung der täglichen Dienstdauer. Das durch die Gründung des Deutschen Reiches geschaffene Reichseisenbahnamt stellte am 21. Januar 1875 Normen auf, welche seitdem für die Einzelstaaten, mit Ausnahme Bayerns, massgebend gewesen sind; ich gestatte mir aus diesem Erlass Folgendes anzuführen: „Mag das Reichseisenbahnamt sich auch nicht dafür aussprechen, dass das Dienstmaass der in Rede stehenden Eisenbahnbeamten nach gleichen Normen geregelt wird, glaubt es vielmehr der Ansicht den Vorzug geben zu sollen, dass die lokalen Verhältnisse bei Festsetzung der Dienststunden vorzugsweise in Betracht zu ziehen seien, so unterlässt es doch nicht, nachstehende Gesichtspunkte für eine angemessene Regelung des Dienstes jener Beamten zur Berücksichtigung empfehlen zu wollen.

„Für Bahnwärter und Weichensteller wird eine tägliche nominelle Dienstzeit von 14 Stunden als zulässiges Maximalmass zu betrachten sein, wobei beträchtliche Entfernung von dem Wohnort bis zu dem Orte der dienstlichen Thätigkeit in der Weise zu berücksichtigen sind, dass die für den Hin- und Zurückweg nothwendige Zeit als Dienstzeit in Anrechnung kommt. Ueberall da, wo neben dem Tagdienst auch Nachtdienst besteht, wird in angemessenen Zwischenräumen für geeignete Ablösung zu sorgen und der Tag- und Nachtdienst auf die einander ablösenden Beamten thunlichst gleichmässig zu vertheilen sein.

„Auch werden den Beamten der gedachten Kategorien mindestens 2 dienstfreie Tage im Monat billigerweise nicht versagt werden können.

„Bei Regelung der Dienststunden des Maschinen- und Fahrpersonals wird vorzugsweise darauf Bedacht zu nehmen sein, dass die betreffenden Beamten nicht übermässig lange und über ihre Kräfte hinaus ununterbrochen Dienst zu thun haben, wobei die Verschiedenartigkeit des Dienstes bei Schnell-, Personen- und Güterzügen zu berücksichtigen zu sein wird, ferner dass die Ruhepausen, dem vorausgegangenen Dienste entsprechend, ausreichend bemessen und thunlichst so gelegt werden, dass sie nach Rückkehr der Betreffenden an deren Stationsort eintreten.

„Ausserdem hat das Reichs-Eisenbahnamt zu bemerken Gelegenheit gehabt, dass nicht überall gebührend darauf Bedacht genommen zu sein scheint, den Beamten, so weit es die Betriebs-Interessen nur irgend gestatten, die Sonntagsruhe und damit Gelegenheit zum Besuch des Gottesdienstes zu gewähren. Nach diesen allgemeinen Grundsätzen haben die einzelnen Regierungen Deutschlands mit Ausnahme Bayerns ihre Verhältnisse geordnet: 14 Stunden Maximal-Dienstzeit, 8 Stunden ununterbrochen Ruhe täglich, 2 dienstfreie Tage monatlich. In Russland ist unter Aufhebung früherer Bestimmungen eine neue Verordnung des Ministers der Verkehrsanstalten vom 2./14. September 1893 erschienen. Danach soll für Stationsbedienstete die Dauer des täglichen Dienstes 12 Stunden nicht überschreiten und täglich eine ununterbrochene Ruhe von mindestens 6 Stunden gewährt, ausserdem monatlich 2 volle Tage freigegeben werden. Erfordern es die Betriebsverhältnisse, so kann diese Dienstzeit jedoch auf 24 bezw. 16 Stunden verlängert werden.

„Für Fahrbedienstete soll die längste Dauer des ununterbrochenen Dienstes 18 Stunden nicht überschreiten, kann jedoch mit Genehmigung des Ministers auf 24 Stunden verlängert werden. Dabei soll die Ruhezeit mindestens betragen am Stationsorte die Hälfte, ausserhalb desselben ein Drittel der Stundenzahl des vorausgegangenen Dienstes. Die Gesammtzahl der Ruhestunden soll innerhalb eines bestimmten, 6 Tage nicht überschreitenden, Zeitraumes gleich der Summe der Dienststunden sein."

In Frankreich giebt ein Gesetz, vom Jahre 1846, dem Minister der öffentlichen Arbeiten Vollmacht, die Eisenbahn-Verwaltungen, bei Strafe, zur Befolgung der ihm im Interesse der Sicherheit geeignet erscheinenden Vorschriften zu zwingen. In Ausübung dieser Vollmacht hat der Minister Jves Guyot im April 1891 ein Rundschreiben erlassen, welches ein Maximum von zwölf Stunden für die Arbeitszeit von Lokomotivführern und Heizern, und ein Minimum der Ruhepausen von zehn Stunden vorschreibt. Diese Vorschrift scheint gänzlich unbeachtet geblieben zu sein, denn im Oktober 1891 berichtete der Ausschuss der Deputirtenkammer, dass die Eisenbahn-Verwaltungen fortfahren, ungebührlich lange Arbeitszeit bei der Maschine, bis 16—18 Stunden, zu verlangen.

Die Schweiz hat am 27. Juni 1890 ein Bundesgesetz, betreffend die Arbeitszeit beim Betriebe der Eisenbahn, erlassen, welches vorschreibt, die Arbeitszeit der Angestellten, Beamten, und Arbeiter, soweit der Betrieb eine mehr als gewöhnliche Arbeitszeit erfordert, soll zwölf Stunden täglich nicht übersteigen; die ununterbrochene Ruhezeit für das Maschinen- und Zugpersonal soll wenigstens zehn, und für das übrige Personal wenigstens neun Stunden betragen; wenn Wohnung an der Bahn angewiesen, acht Stunden; nach ungefähr der Hälfte der Arbeitszeit ist Ruhe von wenigstens einer Stunde zu gewähren.

Im ganzen Jahre sind, angemessen vertheilt, 52 Tage frei zu geben, davon 17 Sonntage.

Der Güterdienst ist an Sonntagen untersagt mit Vorbehalt der Eilfracht. Für Uebertretungen gelten Strafen bis 500 Francs, bei Wiederholung bis 1000 Francs.

In England, der Hochburg der Privatbahnen, hat man es bis jetzt noch zu keinen gesetzlichen Bestimmungen über die Dienstzeit gebracht. In den letzten Jahren scheint sich hier jedoch eine Reform anzubahnen von einer anderen Seite aus: von unten, von den Angestellten selber. Wenn auch das Motiv kein hygienisches, sondern ein sozialpolitisches, auf Arbeitsverkürzung bei erhöhten Einnahmen hinstrebendes, ist, so begegnen sich doch diese Bestrebungen in ihren Zielen. Seit mehr als 30 Jahren sind an das Parlament von Seiten der Eisenbahnbediensteten Beschwerden wegen der übermässigen Dauer der täglichen Arbeitszeit gelangt, so im Jahre 1862 von 700 Zugführern verschiedener Eisenbahngesellschaften, im Jahre 1871 von 500 Bediensteten der Midland-Eisenbahngesellschaft. In den in Folge dessen vorgesetzten parlamentarischen und königlichen Untersuchungs-Kommissionen gaben die Eisenbahndirektoren selbst Missbräuche der Arbeitszeit zu. Die betreffenden Kommissionen kamen jedoch zu dem Schluss, dass die Verwaltungsräthe und ihre Direktoren die besten Richter über die Fähigkeiten ihrer Angestellten seien. Die Praxis der Eisenbahnverwaltung gebe die beste Richtschnur für das richtige Mass der Arbeit in den einzelnen Fällen. Erwachsene Männer seien im Stande, für sich selbst zu sorgen. Darin lag ein Hinweis, dass die Organisation der Arbeiter-Gewerkvereine (Tradesunions-states) sich auch auf die Eisenbahnbediensteten erstrecken soll. Also ein Arbeiterschutz, kein Schutz der Reisenden!

Mit den den Gewerkschaften zu Gebote stehenden Mitteln, Ausständen u. s. w. wurden wohl einige aber sehr vereinzelte Erfolge erzielt. Einen Aufschwung nahm die Sache, als am 30. August 1889 ein Gesetz erlassen wurde, welches unter anderen Vorschriften für die Sicherheit des Eisenbahnbetriebes auch die Dienstzeit berührte. In § 4 des Gesetzes heisst es: „Jede Eisenbahngesellschaft ist verpflichtet, periodisch an das Handelsamt zu berichten über die Anzahl der in ihrem Dienst befindlichen Personen, welchen die Fürsorge für die Sicherheit der Züge und Reisenden obliegt, und welche längere Zeit hintereinander beschäftigt und als dies nach den zeitweilig getroffenen Bestimmungen regelmässig zulässt." In Folge dieser Vorschrift wurde eine Reihe von amtlichen Berichten über die Arbeitszeit der Eisenbahnbediensteten veröffentlicht, und am 3. Februar 1891 vom Unterhause ein Ausschuss von 24 Mitgliedern eingesetzt zur Untersuchung der Frage, ob und auf welche Weise die Arbeitsstunden der Eisenbahnbediensteten durch Gesetzgebung beschränkt werden können.

Ich bedaure, auf die ungemein lehrreichen Verhandlungen des Ausschusses hier nicht näher eingehen zu können und verweise auf die genannte Arbeit von Cohn-Göttingen. Der Ausschuss erstattete am 2. Juli 1892 seinen Bericht an das Unterhaus unter Beifügung zweier Entwürfe, von denen der eine vom Präsidenten des Handelsamtes, der die Mehrheit des Ausschusses hatte, einen gesetzlichen Arbeitstag für undurchführbar hält, wegen der zahlreichen Fälle, die nothwendiger Weise als Ausnahmen zugelassen werden müssten, und wegen der Schwierigkeit, die Berechtigung dieser Ausnahmen zu entscheiden. Der Bericht schlägt Folgendes vor: Wenn das Handelsamt mit den vorhandenen Vollmachten nicht dahin gelangt, eine Eisenbahnverwaltung zur angemessenen Bemessung ihrer Arbeitsstunden zu bewegen, so soll dasselbe gemäss einer neuen gesetzlichen Vorschrift dazu berechtigt sein, die Eisenbahnverwaltung zur Verlegung eines befriedigenden Stundenplanes in gemessener Frist anzuhalten und, falls diesem Verlangen nicht entsprochen wird, die Sache vor die Behörde der Realway-Kommission zu bringen, welche die Eisenbahnverwaltung bei Ungehorsam mit einer Busse von täglich 20 Pfund Sterling belegen soll. Weitere Beschlüsse über diesen Bericht des Ausschusses liegen noch im Schosse der Zukunft.

Wenn ich zum Schluss noch einen Blick auf Amerika werfe, so ist Ihnen Allen bekannt, dass die dortigen Eisenbahnverhältnisse, entsprechend ihrer Entwickelung, ein ganz anderes Gepräge haben, als bei uns in Europa. Das grosse dortige Bahnnetz entwickelte sich allmählich aus der Privatspekulation. Ein Eisenbahngesetz oder überhaupt eine gesetzliche Beeinflussung dieser Privat-Betriebe war nicht vorhanden. Erst am 4. Februar 1887 wurde durch § 20 des Bundesverkehrsgesetzes dem Bundesverkehrsamte in Washington die Ermächtigung ertheilt, jährliche Berichte von den Eisenbahnen über ihre gesammte Geschäftsführung und deren Ergebnisse einzufordern. Damit ist wenigstens der erste Schritt geschehen, die zur Sicherheit des Eisenbahnbetriebes nothwendigen Massregeln durch gesetzliche Bestimmungen zu sichern; wie weit diese Bestimmungen sich auf die Arbeitszeit der Beamten beziehen werden, ist allerdings sehr fraglich. Eine gesetzliche Regelung begegnet dort viel grösseren Schwierigkeiten als bei uns, weil die in den uns beschäftigenden Dienstzweigen Angestellten nicht Beamte, sondern Tagesarbeiter sind. Sie können jeden Augenblick entlassen werden, wenn Letzteres auch selten ohne Grund geschieht, da den Verwaltungen daran liegt, sich tüchtige Kräfte zu erhalten. Die Maschinen- und Fahrbeamten werden nach Tripps (Fährten) bezahlt, während bei Urlaub, Krankheit, Entlassung nichts gezahlt wird. Es ist dies Verfahren ein mächtiger Reiz für die Beamten, und suchen dieselben möglichst grosse Leistungen zu erzielen.

Ich schliesse hiermit meine Aufzählungen, die die hauptsächlichsten Staaten umfasst. Werfen wir einen Rückblick auf

dieselben, so hat der kleinste Staat, die Schweiz, die geringste Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten. Viel wichtiger ist aber, dass die betreffenden Bestimmungen auch in der Schweiz am besten durchgeführt werden. Der Grund hierfür liegt in der strengen Beaufsichtigung durch den Bundesrath und in den Strafbestimmungen, welche in anderen Ländern fehlen. Der weitesten gesetzlichen Ausdehnung fähig ist die Arbeitszeit in Russland, bis zu 24 Stunden. Ich glaube, dass man gegen die gesetzliche Normirung dieser Arbeitszeit unter allen Umständen Protest erheben muss. Wenn auch aussergewöhnliche Umstände, wie z. B. eine Mobilmachung oder eine grosse Epidemie, bei der nur 50 Prozent der Angestellten dienstfähig bleiben, an einzelnen Tagen eine solche Arbeitszeit erfordert, so darf dieselbe niemals als für den normalen Verkehr möglich ausgesprochen sein. Meine persönlichen Erfahrungen beziehen sich hauptsächlich auf die preussischen Bahnen, die jetzt meistens dem Staate angehören. Wenn in Preussen gesetzlich als Maximum eine 14stündige ununterbrochene Dienstzeit festgesetzt ist, so kommt dies Maximum doch nur bei den leichteren Dienstarten zur Anwendung. So fährt der Lokomotivführer bei Personen- und Schnellzügen gewöhnlich nur 3—5 Stunden, hat dann 1—2 Stunden Ruhe und fährt mit seiner Maschine denselben Weg zurück, hat also im Ganzen höchstens 10 Stunden Dienst. Etwas schwerer ist der Dienst bei den Güterzügen. Der Rangirdienst dauert höchstens 12 Stunden mit Unterbrechungen, die wenigstens die nöthige Zeit zum Essen lassen.

Auch das Zugbegleitungspersonal, hat namentlich bei Schnellzügen, die selten anhalten, mit einer 14stündigen Maximaldienstzeit einen bequemen Dienst. Etwas schwerer ist derselbe bei den Personenzügen, am schwersten bei den Güterzügen.

Die Stations- und Bahnbewachungsbeamten haben an belebten Stationen und Strecken ebenfalls selten über 12 Stunden Dienst. Im Allgemeinen sind die preussischen Eisenbahn-Angestellten mit ihrer Arbeitszeit zufrieden und Wünsche nach einer Aenderung haben gewöhnlich andere Gründe. Wenn z. B. die auf Güterzügen fahrenden Beamten die Schnell- und Personenzüge zu fahren wünschen, so liegen die Gründe nicht nur in der geringeren Arbeitszeit, sondern in den grösseren Nebeneinnahmen, sowie in der besseren Beschaffenheit der Maschinen und Wagen bei letzteren.

Wie überall im Leben, so sucht auch hier jeder für sich möglichst grosse Vortheile zu erreichen; und ist es, wenn auch nicht zu billigen, so doch vom menschlichen Standpunkt aus erklärlich, dass der Eisenbahn-Angestellte bei seiner im Interesse des Betriebes nothwendig erachteten Verwendung an den eigenen Vortheil denkt.

Die Ergebnisse unserer vorstehenden Betrachtungen fassen wir in folgenden, von dem Verfasser in Budapest aufgestellten und von der Sektion für Eisenbahnhygieine angenommenen Sätzen zusammen:

I. Die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Eisenbahn-Angestellten und die Rücksicht auf die von ihr abhängige Sicherheit des Eisenbahnbetriebs fordern, dass die Dienstzeit der Angestellten eine bestimmte Grenze nicht überschreite. Diese Grenze muss verschieden sein, je nach der mit dem betreffenden Dienstzweige verbundenen Verantwortlichkeit und Anstrengung.

Jeder Dienstzweig im äusseren Eisenbahnbetrieb ist mit Verantwortlichkeit verbunden. Die grösste Verantwortung tragen die Lokomotivbeamten, welche gleichzeitig den schädlichen Einwirkungen der Eisenbahnfahrt am meisten unterliegen und bei Unfällen selbst in die grösste Gefahr kommen, nächst ihnen das mit dem Stations-, Signal-, Weichensteller- und Bahnbewachungsdienst betraute Personal, endlich die Zugbegleitungsbeamten, wobei nicht zu verkennen ist, dass die Fortschritte der Technik die Verantwortlichkeit verschiedener Dienstzweige und die Möglichkeit der Gefährdung durch Einzelne wesentlich vermindert haben. (Centralweichen, Blocksystem, Luftdruckbremsen u. s. w.)

Auch innerhalb der einzelnen Dienstzweige ist die Verantwortlichkeit eine verschiedene, je nachdem der Dienst auf Stationen und Strecken mit starkem oder schwachem Verkehr, auf Schnell- und Personenzügen oder Güterzügen, oder Rangiermaschinen, mit guten neuen oder minderwerthigen älteren Betriebsmitteln ausgeübt wird.

II. Es muss hervorgehoben werden, dass bei der Bestimmung der Dienstzeit die individuellen und äusseren Verhältnisse zu berücksichtigen sind: Gesundheit und Rüstigkeit der Beamten, Einkommen beziehungsweise die Abhängigkeit derselben von der Dienstzeit, Verpflegung während der Fahrt, Schlafgelegenheit ausserhalb der Station u. s. w.

Ferner ist hervorzuheben, dass aussergewöhnliche Ereignisse, Epidemien, Kriege u. s. w. die Dienstzeit nicht immer an eine gewisse Grenze binden können.

Niemals jedoch darf diese Grenze überschritten werden aus einseitiger Rücksichtnahme auf Ersparniss an Beamten oder grosse Einnahmen.

III. Die aus verschiedenen Ländern (Oesterreich-Ungarn, Deutschland, Russland, Frankreich, Schweiz) vorliegenden Bestimmungen über die Dienstzeit sind theils nicht ausreichend, theils dadurch in ihrem Werthe beschränkt, dass ihre Durchführung nicht durch genügende Aufsicht gesichert wird, besonders den Privatbahnen gegenüber. In England und Amerika, wo nur Privatbahnen bestehen, ist die Frage der Dienstzeit noch nicht über das Stadium der parlamentarischen Erwägung hinausgekommen.

IV. Unter Berücksichtigung aller Verhältnisse sind bei normalem Verkehr folgende Grundsätze zu empfehlen:

Das Maximum der ununterbrochenen täglichen Dienstzeit beträgt für das Maschinenpersonal . . . . 10—12 Stunden,
für das Stations-, Signal-, Bahnbewachungs-, Weichensteller- und Zugbegleitungspersonal . 12—14 Stunden.

Erfordert der Betrieb eine Theilung der Maximal-Dienstzeit, so ist täglich auf eine ununterbrochene Ruhepause von acht Stunden Bedacht zu nehmen.

Die Wege von und zur Wohnung bei weiterer Entfernung, sowie die Dienstpausen, die weniger als drei Stunden betragen, sind in die Dienstzeit einzuschliessen.

Mindestens alle zehn Tage ist eine vierundzwanzigstündige Ruhepause, jährlich wenigstens ein vierzehntägiger Urlaub, dessen Dauer mit dem Dienstalter steigt, nothwendig.

Die Dienstzeit würde demnach betragen:

	täglich	monatlich Stunden	jährlich
für das Maschinenpersonal	10—12	270—374	3105—3726
für das übrige Personal .	12—14	324—378	3726—4347

Die Dienstzeit ist möglichst unabhängig vom Einkommen zu gestalten.

Eine wirksame Durchführung von Bestimmungen über die Dienstzeit von Eisenbahnangestellten ist nur möglich durch staatlich bestellte Kommissäre mit Vollzugs- und Strafgewalt.

Referate.

Ueber die Entstehung von organischen Herzfehlern durch Quetschung des Herzens.

Von Professor Dr. L. Heidenheim-Greifswald.

(„Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", XLI. Band.)

Wieder ein Beispiel, wie die Anforderungen der Begutachtung für die Unfallversicherung der Arbeiter bedeutende

wissenschaftliche Arbeiten über die bisher wenig beachtete Aetiologie des Traumas bei inneren Krankheiten zeitigen.

Verfasser hat sich der sehr verdienstvollen Mühe unterzogen, das in der Literatur, in den verschiedensten Zeitschriften und Lehrbüchern zerstreut vorhandene Material einer Sammlung und zweckmässigen Sichtung zu unterziehen, indem er eigene Beobachtungen hinzufügt. Zunächst bespricht er die Entstehung von Herzmuskelerkrankungen durch Quetschungen der Brust. Es sei theoretisch einleuchtend, wie in der Praxis vielfältig beobachtet, dass durch starke Kontusionen und Erschütterungen des Brustkorbes Herzverletzungen ebenso hervorgebracht werden können, wie durch die gleichen Gewalten Lungen, Leber, Nieren, Milz und Darm gequetscht, zersprengt, zerrissen werden. Hierzu führt der Verfasser die Beobachtungen von Fischer, Schuster, Reinhold Rose und die für diese Frage besonders wichtigen Fälle von Hochhaus („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. LI) an.*) — Im Weiteren behandelt er die Entstehung von Herzklappenfehlern durch Quetschungen der Brust; auch hier werden die einschlägigen Fälle aus den Arbeiten von Fischer, Schuster, Lindmann und besonders die von Barié und Riedinger angeführt. Verfasser hebt auch besonders diejenigen Fälle hervor, in welchen eine Klappenzerreissung stattgefunden, nicht infolge äusserer Gewalt, sondern auch veranlasst durch eine übermässige Kraftanstrengung bei luftgefüllter Brust und pressenden Bewegungen des Körpers. Die Klappenzerreissung betraf dann sowohl gesunde als auch (vielleicht) schon erkrankte Klappen. Ueberhaupt zergliedert der Verfasser in den aufgeführten Fällen immer eingehend die veranlassende Ursache. Und gerade dieser Punkt ist von hervorragendster Bedeutung für die Beurtheilung des ursächlichen Zusammenhanges der Folgezustände von Verletzungen. — Im Weiteren stellt Verfasser dann alle bisherigen Beobachtungen über Endocarditis und Klappenfehler nach Brustquetschungen zusammen und verwerthet sie ebenfalls in dem angegebenen Sinne.

Zum Schlusse seiner für die Begutachtung von traumatischen Herzerkrankungen ganz ausserordentlich werthvollen Arbeit stellt Verfasser folgende Schlusssätze auf:

1. Durch anatomische Beobachtungen ist erwiesen, dass in seltenen Fällen durch stumpf einwirkende äussere Gewalt, bei Fehlen einer Wunde, mögen Rippenbrüche vorhanden sein oder nicht, leichte Quetschungen des Myocards erzeugt werden, welche an sich eine Fortdauer des Lebens gestatten. Es ist zu vermuthen, dass infolge solcher Herzquetschungen beim Ueberlebenden die Zeichen einer Herzinsufficienz entstehen können. (Hochhaus.)

2. Durch stumpf wirkende äussere Gewalt können, wie einige anatomische sowie vier sichere klinische Beobachtungen und fernerhin Leichenversuche (Barié) beweisen, Klappenzerreissungen im linken Herzen hervorgerufen werden. Im rechten Herzen sind solche bisher nicht beobachtet worden.

3. Von den Klappenzerreissungen durch äussere Gewalt sind zu scheiden die häufigeren, gelegentlich auch im rechten Herzen sich ereignenden Rupturen durch innere Gewalt, durch eine übermächtige Steigerung des Blutdrucks bei einer starken körperlichen Anstrengung.

4. Klappenzerreissungen an und für sich können nur eine Insufficienz der Klappe hervorrufen. Diese Behauptung wird dadurch gestützt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in welchen über eine Klappenzerreissung, sei es durch innere oder durch äussere Gewalt, bisher berichtet wurde, klinisch und anatomisch allein eine Schlussunfähigkeit der Klappe festgestellt wurde.

5. Die selteneren Fälle, in welchen nach einer Quetschung der Herzgegend eine Klappenstenose entstanden ist, lassen sich nur durch nachfolgende entzündliche Veränderungen an der Klappe erklären. Die bisherigen Beobachtungen lassen vermuthen, dass es sich in solchen Fällen um eine schleichende Endocarditis handelt.

*) cfr. „Lehrbuch der ärztl. Sachverständigen-Thätigkeit“ etc., von Dr. L. Becker, 1895, S. 187.

Ueber die Beziehungen der Traumen zu malignen Geschwülsten.

Aus der chirurgischen Klinik zu München.

Von Privatdozent Dr. Ziegler.

(Münchener Medizin. Wochenschrift, 1895, No. 28.)

Diese Abhandlung hat für die Sachverständigen-Thätigkeit ganz besonderen Werth, weil sie stete Rücksicht nimmt auf die bei der Unfallversicherung hervortretenden Fragen des ursächlichen Zusammenhanges. — Die Thatsache gewisser ätiologischer Beziehungen zwischen Trauma und Geschwulstbildung könne von Niemand geleugnet werden. Immer jedoch giebt es noch Einige, welche dem Trauma, besonders dem einmaligen, keine wesentliche Rolle bei der Geschwulstbildung zuschreiben; diese machen besonders den Einwand der Seltenheit der traumatischen Entstehung und des geringen Werthes der subjektiven Angaben der Kranken. Aber diese Einwände träfen nicht zu. Bei der Abwägung der Angaben der Kranken spiele vor Allem die Zeit eine Rolle, welche vom Trauma ab bis zum Beginn der Geschwulstbildung verstrichen, sowie auch die Art, die Intensität des Traumas. „Entwickelt sich das Neoplasma direkt im Anschluss an eine Läsion auf dem Boden der Schwellung oder direkt aus der Wunde heraus, oder wird die Geschwulst, sobald die Schwellung zurückgegangen ist, sicht- und fühlbar, oder wenn seit dem Trauma kontinuirliche oder intermittirende Schmerzen am Orte der Einwirkung bestehen und erst nach einiger Zeit an demselben Punkte der Tumor erkenntlich wird, sind wir berechtigt, die Geschwulst auf das Trauma zurückzuführen; hat die einwirkende Gewalt ein grosses Blutextravasat, eine schwere Quetschung gesetzt, so ist die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges gesteigert; wächst die Geschwulst nach dem Stosse anfangs langsam, so können wir mit Wahrscheinlichkeit eine früher vorhandene Geschwulst ausschliessen, da wir aus der Erfahrung wissen, dass schon vorhandene Geschwülste auf Traumen mit rapidem Wachsthum reagiren.“ Der Grad der Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges nimmt ab mit der Länge der Zeit nach dem Trauma. — Verf. giebt dann aus der Münchener Klinik eine statistische Zusammenstellung der traumatischen Einflüsse bei den Carcinomen und Sarkomen, die in den letzten fünf Jahren daselbst zur Behandlung gelangten. Im Allgemeinen spielt bei der Bildung eines Sarkoms das einmalige Trauma, bei der Entstehung eines Carcinoms der chronische Reiz die gewichtigere Rolle. — Nach seiner Zusammenstellung erhielt der Verfasser unter 328 Carcinomen 35 mal ein einmaliges Trauma, 92 mal chronische Reizzustände, — unter 171 Sarkomen 35 mal ein einmaliges Trauma, 32 mal chronische Reizzustände, d. i. unter den hier in Betracht gezogenen 499 Geschwülsten 90 mal ein einmaliges Trauma, 124 mal chronische Reizzustände. — Verf. kommt dann zu dem Schluss, dass wir Aerzte in unserem Gutachten im gegebenen Falle, nachdem wir auf Grund der Erwägung aller Umstände zu einer bestimmten Meinungsrichtung hinneigen, die einfache Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhanges erklären müssten; und diese Erklärung genügt für den Schiedsspruch des Richters.

Ist das linke oder das rechte Auge bei den Berg- und Hüttenarbeitern das gefährdetere?

Von Dr. Nieden-Bochum.

(Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde, Juni 1895.)

Ueber die Frage bestehen bereits eine Anzahl älterer Arbeiten, die sich fast alle zu Ungunsten des linken Auges aussprechen. So fanden Cohn bei Metallarbeitern in 66,6 Prozent das linke, in 33,3 Prozent das rechte Auge verletzt; Trompeter unter 674 Verletzungen 52,6 Prozent links gegen 47,4 Prozent rechts. Aehnliche Zahlen finden Ottingen u. A.

Nieden fand unter 16987 Bergarbeitern, die er seit zehn Jahren, seit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes, in Behandlung hatte, 4975 Augenverletzungen (d. h. 29,3 Prozent), von denen 2426 die linke und 2549 die rechte Seite betrafen, so dass hier ein geringes Vorwiegen der rechten Seite beobachtet wird. Wenn man die einzelnen Jahre unter einander vergleicht, so ist bald das rechte, bald das linke Auge häufiger verletzt, so dass der Gesammtüberschuss zu Gunsten des rechten Auges nur als ein zufälliger betrachtet werden muss. Wenn man die Stellung des Kohlenhauers bei der Arbeit berücksichtigt (meist gerade vor den Kohlen stehend, oft aber auf der rechten, oft auf der linken Seite, oder dem Rücken liegend), so ist das Ergebniss nicht überraschend.

Anders bei den Eisen- und Hüttenarbeitern. In Behandlung traten 5443 Patienten, davon 3723, d. h. 68,4 Prozent, wegen Augenverletzungen. In den einzelnen der 10 Jahre ergeben sich bedeutende Schwankungen von 45 Prozent bis 81,2 Prozent der Verletzungen. 2085 mal oder in 56 Prozent war das linke, 1638 oder in 44 Prozent das rechte Auge verletzt; und zwar finden sich annähernd dieselben Prozentzahlen in jedem einzelnen Jahre wieder. Von 24 Arbeitern, die ein Auge im Berufe einbüssten, hatten 17 das linke und 7 das rechte Auge verloren.

N. schliesst hieraus, dass es gerechtfertigt ist, bei Hütten- und Eisenarbeitern den Verlust des rechten Auges höher einzuschätzen als den des linken, da der rechtsseitig erblindete Arbeiter weit eher eine Schädigung seines linken, erhaltenen Auges zu befürchten hat, und deshalb in der Wahl seines Erwerbes viel beschränkter ist, als der linksseitig erblindete.

(Diesen Schluss halte ich für irrig. Das rechte Auge wird deshalb seltener verletzt, wie auch N. selbst angiebt, weil es meist von der Arbeit etwas weiter entfernt ist als das linke und ausserdem noch durch den vorspringenden Nasenrücken geschützt ist. Hat der Arbeiter dagegen nur noch ein Auge, so muss dieses voll der Arbeit zugewandt werden, und die Verletzungsgefahr wird somit für beide Augen gleich. Es muss daher auch der Verlust jedes Auges (gleichgültig ob rechtes oder linkes) gleich bewerthet werden. Der Ref.)

Jacobsohn.

Gebührenwesen.

Ein Beitrag zur Gebührentaxe für ärztliche Gutachten.

Von Oberarzt Dr. Liniger-Bonn.

In Sachen des Betriebsdirektors a. D. L. zu K. gegen den Königlichen Eisenbahnfiskus und die Kölnische Unfall-Versicherungs-Aktiengesellschaft hatte Professor Dr. F. zu B. zufolge Beschlusses der II. Civilkammer des Königlichen Landgerichtes zu H. am 28. November 1893 ein schriftliches Gutachten ausgestellt und nach Massgabe der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878:

a) für 150stündige Arbeitszeit, je 3 M. . .	450,00 M.
b) für die Abfassung des 72 Seiten umfassenden, mit wissenschaftlichen Gründen unterstützten Gutachtens	36,00 „
c) für die Anfertigung der Reinschrift . .	14,40 „
zusammen	500,40 M.

als Vergütung zugebilligt erhalten.

Hiergegen erhob die Königliche Staatsanwaltschaft in Wahrnehmung der Rechte der Staatskasse unter dem 7. Februar 1895 insoweit Beschwerde, als dem Sachverständigen für Arbeitszeit und Abfassung des Gutachtens, abgesehen von der Anfertigung der Reinschrift, mehr als der nach dem Gesetze vom 9. März 1872 zulässige Höchstbetrag von 24 M. gezahlt worden wäre, wobei sie noch hervorhob, dass im vorliegenden Falle zur Deckung der Sachverständigengebühren zwar ein Vorschuss von 500 M. hinterlegt, dadurch jedoch nicht ausgeschlossen wäre, dass bei einem etwaigen Unterliegen des Fiskus in dem Rechtsstreite die Kosten der Staatskasse zur Last fielen.

Die I. Civilkammer des Königlichen Landgerichts zu B. erachtete die Beschwerde des Staatsanwaltes für im Wesentlichen begründet und erliess nachstehende Entscheidung:

„Unter Abweisung des weitergehenden Anspruchs der Beschwerde und unter Abänderung der Gebührenfestsetzung wird die dem Sachverständigen Professor Dr. F. zu Bonn für die Erstattung seines wissenschaftlichen Gutachtens zu gewährende Vergütung statt auf 500,40 M. auf 33 M. und 14,40 M. für die Anfertigung der Reinschrift dieses Gutachtens, im Ganzen also auf 47,40 M. festgesetzt und das hiesige Königliche Amtsgericht angewiesen, hiernach die Einziehung des zuviel gezahlten Betrages zu veranlassen.

Die Kosten dieser Entscheidung bleiben ausser Ansatz."

Gründe.

Es ist zunächst davon auszugehen, dass für die Entscheidung allein das Gesetz, betreffend die dem Medizinalbeamten für die Besorgung gerichtsärztlicher, medizinal- oder sanitätspolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen, vom 9. März 1872 (cfr. S. S. 265) zu Grunde zu legen ist, da nach § 13 der Deutschen Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige, soweit für gewisse Arten von Sachverständigen besondere Taxvorschriften bestehen, welche an dem Orte des Gerichts, vor welches die Ladung erfolgt und an dem Aufenthaltsorte des Sachverständigen gelten, lediglich diese Vorschriften in Anwendung kommen. Das Gesetz vom 9. März 1872 enthält diese besonderen Taxvorschriften, es bildet die alleinige Norm für die Bestimmung der Vergütung auch für „nicht beamtete" Medizinalpersonen, denn nach § 7 erhalten „nicht beamtete Aerzte, wenn sie zu vorstehend (§§ 1—6) bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden, in Ermangelung anderweiter Verabredung dieselben Gebühren etc., welche den beamteten Aerzten zustehen".

Die Gebührenordnung vom 30. Juni 1878, die der erste Richter irrthümlich seiner Festsetzung zu Grunde gelegt hat, kann hier demnach keine Anwendung finden. Da nun besondere Verabredungen über die dem Sachverständigen zu gewährende Vergütung in vorliegendem Falle nicht getroffen worden sind, so ist diese nach § 3 No. 6 und § 6, Gesetz vom 9. März 1872, zu bemessen. Der § 3 No. 6 bestimmt:

„Für alle von Gerichten oder anderen Behörden ihnen aufgetragenen Geschäfte haben die Medizinalbeamten etc. nach folgenden Sätzen zu liquidiren:

Für jedes mit wissenschaftlichen Gründen unterstützte, nicht bereits im Termine zu Protokoll gegebene Gutachten, es mag dasselbe den körperlichen oder geistigen Zustand einer Person oder eine Sache betreffen, 6—24 M."

§ 6 besagt: „Sind zu den verlangten sachkundigen Ermittelungen besondere Vorbesuche nöthig, so ist, falls nicht die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidiert werden dürfen, für jeden Vorbesuch eine Gebühr von drei Mark zu bewilligen. Für mehr als drei Vorbesuche passiert die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirirenden Behörde gemacht sind."

Trotz des Umfanges des von dem Sachverständigen erstatteten Gutachtens sowie der darauf verwandten Zeit und Mühe sowie trotz der Schwierigkeit der dazu erforderlichen Untersuchungen, konnte demnach im vorliegenden Falle aus § 3 No. 6 nur eine Vergütung von 24 M. und aus § 6 für drei Vorbesuche ein Betrag von 9 M., zusammen von 33 M. zugebilligt werden.

Ausserdem war die Auslage für die Anfertigung der Reinschrift des Gutachtens mit 14,40 M. zu erstatten und somit dem Sachverständigen im Ganzen ein Betrag von 47,40 M. zuzusprechen.

Der demselben ausgezahlte Mehrbetrag ist der Gerichtskasse zurückzuzahlen.

Es bestimmt nun allerdings noch der § 10 des Gesetzes: „Insoweit die Gebühren vorstehend nicht nach bestimmten Sätzen geregelt sind, ist der im einzelnen Fall anzuweisende Betrag nach der Schwierigkeit des Geschäfts und dem zur Ausrichtung desselben erforderlichen Zeitaufwand festzusetzen. Diese Festsetzung hat, wenn sich Bedenken gegen die Angemessenheit des liquidierten Betrages ergeben, die zuständige Regierung oder Landdrostei endgiltig zu bewirken."

Allein diese Vorschrift kann hier keine Anwendung finden, sie bezieht sich, wie in dem Beschlusse des Reichsgerichts vom 6. Februar 1893 (R. G. Bd. 31. S. 368) näher ausgeführt ist, sowohl aus ihrem Wortlaute, als auch, wie aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes, insbesondere aus der Begründung des Entwurfes, der mit unwesentlichen Abänderungen Gesetz geworden ist, erhellt, nur auf solche Fälle, für die das Gesetz eine ihrem Satz nach unbestimmte Gebühr vorschreibt, bleibt also da ausgeschlossen, wo — wie in dem vorliegenden Falle — in den §§ 3 und 6 ein bestimmter Betrag als Vergütung vorgesehen ist.

War demnach die Abänderung der von dem ersten Richter getroffenen Gebührenfestsetzung gerechtfertigt, so erschien es unter Anwendung des § 538 C.-P.-O. nach Lage der Sache begründet, die erforderlichen Anordnungen wegen Einziehung des zuviel gezahlten Betrages dem Vorderrichter zu übertragen.

Für die Kostenentscheidung war § 6 G. R. G. massgebend.

Gegen diesen Beschluss des Landgerichtes zu B. legte Professor F. Berufung ein und diese wurde vom Königlichen Oberlandesgerichte zu K. für begründet erachtet.

In der Begründung heisst es:

Mit dem Beschwerdeführer muss angenommen werden, dass die Medizinaltaxe vom 9. März 1872 für den vorliegenden Fall nicht Platz greift. Zwar finden nach § 7 daselbst die in jener Taxe für Medizinalbeamte bestimmten Gebühren auf nicht beamtete Aerzte Anwendung, wenn sie zu den in den §§ 1 bis 6 bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden. Die Motive zu § 7 bemerken, dass nicht beamtete Aerzte häufig zu einer Vertretung des Kreisphysikus oder des Kreiswundarztes in deren amtlichen Funktionen herangezogen würden und dass die bisherigen Vorschriften hinsichtlich der Remunerierungen für solche Vertretungen zu Zweifeln und Beschwerden Anlass gegeben hätten, und empfehlen mit Rücksicht hierauf den in § 7 gemachten Vorschlag, um die Erlangung geeigneter Stellvertreter sicherzustellen. Vergl. Anlage zu den Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten 1871, Bd. 1, S. 38.

Diese Begründung spricht dafür, dass die Taxvorschriften für Privatärzte nur dann gelten sollen, wenn sie einen Medizinalbeamten in dessen amtlichen Dienstverrichtungen vertreten, ein Fall, der hier nicht vorliegt. Weiter lässt sich dafür anführen, dass die Medizinaltaxe nach ihrem eigenen Wortlaut nur bezweckt, die Vergütung der Medizinalbeamten für Besorgung der ihnen obliegenden gerichtsärztlichen, Medizinal- und sanitäts-polizeilichen Geschäfte festzusetzen. Mag man aber auch annehmen, dass die Anwendung der Taxvorschriften in Betreff der Privatärzte auf den engen Kreis einer rein amtlichen Stellvertretung sich nicht beschränken lässt, so erscheint ihre Anwendung in dem vorliegenden Falle doch durch den Inhalt des Auftrages ausgeschlossen, der hier ertheilt war. Dem Beschwerdeführer war aufgetragen, in der von ihm geleiteten Anstalt den Kläger, gegen dessen Vorbringen, einer traumatischen Neurose verfallen zu sein, der Einwand der Simulation erhoben war, einer dauernden Beobachtung zu unterziehen. Diese Beobachtung hat sich ununterbrochen auf 72 Tage erstreckt.

Es handelt sich hier demnach gar nicht um Einzelverrichtungen und um einzelne Besuche, für deren Vergütung die Taxe in ihren §§ 1—6 bestimmte Sätze vorschreibt; ebensowenig steht in der Hauptsache hier eine Honorirung der Anfertigung des Gutachtens nach § 3 No. 6, sondern eine Vergütung für die dem Beschwerdeführer aufgetragene Beaufsichtigung und Beobachtung in Frage, eine Mühewaltung, die von in der Taxe vorgesehenen Verrichtungen sich völlig unterscheidet. Dies erhellt schon daraus, dass die Taxe, die bei der Abstufung der einzelnen Sätze offensichtlich von dem Gesichtspunkt einer angemessenen Honorirung ausgeht, mit ihrem höchsten Satze von 24 M. nicht Fälle mit umfassen kann, die wie hier eine durchaus andere und ungleich höhere Vergütung erfordern. Es bedarf nur des Hinweises auf den analogen Fall einer Monate langen Untersuchung auf Geisteskrankheit, um die Unanwendbarkeit der Taxe für Fälle dieser Art klarzustellen. Ob in dieser Beziehung die Entscheidung, falls ein Medizinalbeamter die dem Beschwerdeführer übertragene Aufgabe erledigt hätte, anders zu treffen wäre — vergl. Entscheidungen des Reichsgerichtes Band 31, S. 367 —, ist hier nicht zu erörtern; nur mag darauf hingewiesen werden, dass bei ihm sich der Gesichtspunkt der Vergütung anders gestaltet, dass er neben den Einzelgebühren zugleich eine Pauschalvergütung in seinem Gehalte bezieht.

Hiernach war die landgerichtliche Entscheidung, die auf der Anwendung der Medizinaltaxe beruht, aufzuheben und die amtsgerichtliche Anweisung, die in richtiger Anwendung der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige die Vergütung angemessen bestimmt hat, durch Zurückweisung der dagegen gerichteten Beschwerde der königlichen Staatsanwaltschaft wieder herzustellen."

Zwei, dem Vorstehenden durchaus analoge Fälle, harren noch der definitiven gerichtlichen Entscheidung; in einem ist sie in der ersten Instanz wieder zu Ungunsten des Arztes erfolgt.

Im Interesse der begutachtenden Aerzte können wir nur den Rath geben in derartigen, meist sehr schwierigen, Fällen sich vorher über die Honorirung des Gutachtens mit der zu ständigen Gerichtsbehörde zu verständigen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tod durch Betriebsunfall?

Der Fuhrmann Hebel hat am 18. Januar 1889 im Betriebe des Fuhrherrn Rehse dadurch einen Unfall erlitten, dass er unter einen Wagen gerieth und über das linke Bein gefahren wurde. Hebel erhielt vor seinem am 7. November 1893 erfolgten Tode 75 Prozent Rente, mit dem 1. Dezember 1893

wurde jede Rentenzahlung eingestellt. Schon am 18. September 1893 hatte Frau Hebel für ihren Mann, der durch einen Schlaganfall gelähmt sei, die volle Rente beantragt. Ueber die Ursache der Verschlimmerung des Leidens des Hebel und bezw. seines Todes sind verschiedene Gutachten eingefordert worden, welche zu folgendem Resultat gelangen:

1. Kreisphysikus Dr. M. am 21. Oktober 1893: Bei Hebel ist jetzt ein hektischer Zustand, verbunden mit Lungenaffektion, eingetreten; er ist ganz erwerbsunfähig.

2. Dr. E. in Berlin am 6. November 1893: Die in Folge eines Schlaganfalls eingetretene Lähmung des Verletzten ist höchst wahrscheinlich nicht Folge des Unfalls.

3. Physikus Dr. M. bestreitet, dass Hebel einen Schlaganfall erlitten. Der Verlauf der Krankheit sei schliesslich auf Schwindsucht hinausgelaufen und es sei nicht unwahrscheinlich, dass diese und somit der Tod Hebels Folge einer Quetschung der Rippen gewesen sei, die, wie Hebel behauptete, bei dem Unfall ausser der Beinverletzung erfolgt sei. Ein Rippenbruch sei allerdings nicht konstatirt.

4. Dr. E. am 2. Januar 1894: Eine Brustquetschung sei nicht konstatirt und unwahrscheinlich. Jedenfalls könne die Lungenschwindsucht nicht Folge des Unfalls gewesen sein.

5. Dr. B. am 1. März 1894: Es sei weder erwiesen, noch möglich, dass Hebel an Schwindsucht gestorben sei, wahrscheinlich sei sein Tod Folge eines Schlaganfalles, der mit dem Unfall nicht im Zusammenhang stehe; die Berufsgenossenschaft erscheine nicht entschädigungspflichtig. — Es bleibt zu bemerken, dass Hebel eine Wittwe und vier Kinder hinterliess. Durch zwei Bescheide an Wittwe Hebel und den Vormund M. lehnte die Berufsgenossenschaft sowohl die Erhöhung der Rente als auch die Gewährung einer Hinterbliebenenrente ab, da nach Dr. E. und Dr. B. weder die vollständige Erwerbsunfähigkeit des Hebel, noch sein Tod durch Unfall veranlasst seien. Durch Vollmacht vom 9. April 1894 hatte die Wittwe Hebel den Anwalt Dr. Windhagen zu ihrem Vertreter in der Unfallsache bestellt, welcher für alle Hinterbliebenen Berufung einlegte. Auf Antrag der Vertheidigung wurde alsdann Prof. Dr. Ebstein-Göttingen als Obergutachter noch gehört. Letzterer führte aus, der Unfall bestände darin, dass Hebel von einem grossen und mit Bierfässern beladenen Wagen überfahren worden ist. „Die Verletzung war eine recht schwere, denn sie bestand in einem Bruch des linken Oberschenkels, Zerreissung von Haut und Muskulatur und Quetschung der Fusszehen. Das Aktenmaterial gestattet leider nicht, festzustellen, welcher Krankheit Hebel erlegen ist. Die Frage, ob Hebels Tod Folge des Unfalles ist, muss ich mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bejahen und zwar auf Grund folgender Erwägungen. Hebel war zur Zeit des Unfalles, soweit bekannt, ein gesunder Mann. Das Gegentheil ist weder bewiesen noch behauptet worden. Der Unfall muss als ein sehr schwerer bezeichnet werden und hat thatsächlich ein schweres Siechthum zur Folge gehabt, aus dem Hebel nicht mehr herausgekommen ist. Es ist eine fortlaufende Kette von Leiden; meines Erachtens ist es völlig gleichgiltig, welcher Zufall dem Leben des Hebel ein Ende gemacht hat, bis nicht andere krankmachende Ursachen bei Hebel nachgewiesen werden können, als der Unfall selbst. Solche sind aber nach Lage der Akten völlig auszuschliessen. Freilich hat möglicherweise das soziale Elend, in welches Hebel durch den Unfall gestürzt worden ist, zu dem Tode des Hebel beigetragen; aber das ist auch wieder eine Folge der Verletzung, welche den Hebel schwer heimgesucht hat und welche seinem Leben ein vorzeitiges Ziel gesetzt hat.“

Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt schlossen sich dem Gutachten des Prof. Dr. Ebstein an. M.

Verpflichtung der Ortspolizeibehörden, im Rahmen des § 53 des Unf.-Vers.-Ges. gegebenenfalls auf eigene Kosten Leichenöffnungen herbeizuführen.

Hierüber hat sich das Reichs-Versicherungsamt auf die Anfrage einer Ortspolizeibehörde unter dem 20. März 1895, wie folgt, ausgesprochen:

Die diesseitige Stellungnahme zu der Frage, ob eine solche Verpflichtung besteht, lehnt sich an die Motive zum Unf.-Vers.-Ges. (Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages 5. Legislaturperiode IV. Session 1884 3. Bd. S. 82) an. Hiernach ist es die Aufgabe der Ortspolizeibehörde, als einer mit der Autorität des öffentlichen Amtes ausgestatteten, ausserhalb der Parteien stehenden Instanz, die Untersuchung, abgesehen von anderen Zwecken, hauptsächlich auf die thunlichste Klarlegung derjenigen Verhältnisse zu erstrecken, welche für die demnächstige Feststellung der Entschädigungsansprüche in Betracht kommen. Soweit hiernach der durch die Untersuchung nach § 53 des Unf.-Vers.-Ges. festzustellende Thatbestand, insbesondere „die Veranlassung und Art des Unfalls“ (Ziff. 1 daselbst) nicht, wie dies indessen beinahe immer der Fall sein wird, durch die Erklärungen des Verletzten vor seinem Tode, durch Augenscheineinnahme und Anhörung von Zeugen oder sonstwie hinlänglich feststeht, sondern die Aufklärung des vollen thatsächlichen Sachverhalts, z. B. auch „die Art der vorgekommenen Verletzungen“ — Ziff. 3 a. a. O. — ausnahmsweise nur durch die Sektion der Leiche eines Verunglückten erfolgen kann, wird sich auch die Ortspolizeibehörde der Vornahme der Sektion nicht entziehen können. Auch wird sie die Sektion, da diese im Rahmen und in Ausführung der ihr durch § 53 a. a. O. auferlegten amtlichen Pflicht geschieht, auf ihre eigenen Kosten vorzunehmen haben, wenn nicht die betheiligte und häufig an der Vornahme der Sektion vornehmlich interessirte Berufsgenossenschaft — entweder aus freiem Antriebe oder auf Anfrage seitens der Behörde — durch Stellung eines Antrages im Sinne des § 54 Abs. 2 oder § 101 des Unf.-Vers.-Ges. die Kostenlast ihrerseits übernommen hat (zu vergl. Handbuch der Unfallversicherung Anm. 2 und 3 zu § 53, und Anm. 8 zu § 101 des Unf.-Vers.-Ges.)

Der Verlust des Endgliedes des linken Mittelfingers bedingt keine Erwerbsunfähigkeit.

Der Bergmann Heinrich Th. zu Racksen verlor am 7. März 1894 auf Grube Mathilde durch einen Betriebsunfall das Endglied des linken Mittelfingers. Der Sektionsvorstand lehnte den Entschädigungsanspruch ab, wohingegen das Schiedsgericht eine Rente von zehn Prozent bewilligte. Auf den Rekurs des Genossenschaftsvorstandes hin, wurde die Entscheidung des Schiedsgerichts aufgehoben und der Sektionsbescheid wieder hergestellt. Gründe:

Nach dem ärztlichen Gutachten des Dr. D. konnte eine nennenswerthe Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht angenommen werden. Der Sachverständige spricht sich dahin aus, dass die Heilung normal verlaufen ist, und dass die übrigen zwei Glieder des linken Mittelfingers frei beweglich sind, er hält die Angabe des Klägers, dass der Mangel des dritten Gliedes ihn beim Anfassen und Aufheben schwerer Gegenstände behinderte, für nur in geringem Masse zutreffend; auch erachtet er den Kläger in der Ausführung der bergmännischen und landwirthschaftlichen Arbeiten nicht in nennenswerthem Grade als behindert. Ferner hat der Arzt nur bedingter Massen und für die ersten drei Monate eine Rente von zehn Prozent in Vorschlag gebracht. Nach diesem Befunde erschien die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers so gering, dass von der Zuerkennung einer Rente Abstand genommen werden musste. (Kompass.)

Aus dem Reichsgericht.

Begriff der Erwerbsunfähigkeit nach dem Militär-Pensionsgesetz.

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Civilsenats) v. 3./19. Dezember 1894.

Was die Bemessung der Höhe des geltend gemachten Pensionsanspruches anlangt, so hat der Berufungsrichter die Behauptung des Klägers, dass er durch die Beschädigung gänzlich erwerbsunfähig geworden sei, auch ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen könne (§§ 66, 67 des Militär-Pensions-Gesetzes), für nicht dargethan erachtet. Vielmehr hat er, soweit der Zeitraum vom 1. Oktober 1891 bis Ende Oktober 1894 in Betracht kommt, für festgestellt angenommen, dass der Kläger als grösstentheils erwerbsunfähig anzusehen sei, während nach seiner Ausführung hinsichtlich des — früheren — Zeitraumes vom 1. Dezember 1890 bis 1. Oktober 1891 nicht einmal dafür etwas erbracht ist, dass der Kläger mehr als theilweise erwerbsunfähig gewesen sei. Es ist daher dem Kläger nun gemäss §§ 68, 69 des Gesetzes für die letztere Zeit die Invalidenpension dritter Klasse eines Gemeinen von 15 Mark zuerkannt worden. Die richterlichen Annahmen beruhen auf einer erschöpfenden Würdigung des Beweisergebnisses. Im Weiteren ist bei der Entscheidung davon ausgegangen, dass unter „Erwerbsunfähigkeit" im Sinne der §§ 66 flg. a. a. O. nicht die professionelle, sondern die allgemeine Erwerbsunfähigkeit zu verstehen sei, und mit Rücksicht darauf hat der Berufungsrichter auf die — auch mit dem Gutachten anderer Sachverständigen im Widerspruch stehende — Angabe des Gerichtsphysikus Dr. L., nach der der Kläger als Tischler gänzlich erwerbsunfähig sei, kein Gewicht gelegt. Dieser Theil der Entscheidung ist von der Revision mit der Ausführung angegriffen worden, dass die vorderrichterliche Auffassung die Feststellung einer gänzlichen Erwerbsunfähigkeit wohl überhaupt ausschliessen würde. Der Angriff kann als begründet nicht anerkannt werden. Dem Berufungsrichter ist darin beizutreten, dass das Gesetz nicht eine professionelle Erwerbsunfähigkeit, d. h. die Unfähigkeit, einen Erwerb durch Fortsetzung des bisherigen Berufes zu erzielen, im Auge hat. Bei der Frage nach der mangelnden Erwerbsfähigkeit ist vielmehr entscheidend, ob und inwieweit der Invalide überhaupt nicht im Stande ist, durch eine seinen körperlichen und geistigen Kräften, seiner Vorbildung und seiner sozialen Stellung entsprechende Beschäftigung einen Erwerb zu erlangen, und diese Frage ist in jedem einzelnen Falle zu beantworten. Das hier massgebende Gesetz stellt zwar nicht, wie ein neueres Gesetz (das Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 § 9, Abs. 3 [R. G. Bl. S. 97, 100]) eine Bestimmung des Begriffes der „Erwerbsfähigheit" in jenem Sinne ausdrücklich auf. Es knüpft jedoch an den Begriff der Erwerbsunfähigkeit keine Einschränkung, und deshalb rechtfertigt es sich, den Ausdruck ausdehnend zu interpretiren. Dies entspricht auch allein der Auffassung des Gesetzes. Eine Feststellung der Erwerbsunfähigkeit mit Rücksicht auf den Beruf des Invaliden würde sich mit dem Bestehen der allgemeinen Wehrpflicht, der gegenüber es geboten ist, auch die Versorgungsansprüche aller im Dienste Beschädigten nach gleichen Grundsätzen zu bemessen, nicht vereinigen lassen. Dazu tritt, dass es im Falle einer einschränkenden Auslegung, wie sie die Revision für zutreffend erachtet, bezüglich solcher Personen, die einen bestimmten Beruf nicht ergriffen oder noch nicht ergriffen haben, an einem Massstabe, ob und inwieweit sie durch die Dienstbeschädigung erwerbsunfähig geworden sind, überhaupt fehlen würde. Die vorstehend entwickelte Ansicht findet auch in der Entstehungsgeschichte des Gesetzes einen Anhalt. In dem § 114 des Entwurfes (§ 115 des Gesetzes) war im Reichstage der Antrag getellt, in Lit. a hinter dem Worte „Dienstunfähigkeit" die Worte „oder Erwerbsunfähigkeit" einzuschalten, so dass für die Beurtheilung der vor dem Gerichte geltend gemachten Ansprüche die Entscheidung der Militärbehörden nicht nur bezüglich der Dienstunfähigkeit, sondern auch der Erwerbsunfähigkeit des Invaliden massgebend sein sollten. Im Anschlusse an diesen Antrag äusserte sich der Bevollmächtigte des Bundesrathes, Kriegsminister v. Roon, in der Reichstagssitzung vom 7. Juli 1871 (Stenographische Berichte S. 1081) über die von den Militärbehörden bei Feststellung der Erwerbsunfähigkeit bisher beobachteten Grundsätze, wie folgt:

„Der Begriff der Erwerbsfähigkeit ist von Seiten der Militärbehörden zu jeder Zeit als ein durchaus relativer betrachtet worden; gäbe es einen anderen Massstab für die Klassifizirung, so würde man ihn wählen . . . Wie wird nun aber überhaupt die Erwerbsunfähigkeit des Einzelnen festgestellt? Indem die Behörden prüfen, inwieweit der betreffende Mann zur Ausübung dessen, was er gelernt hat, wodurch er sich zu ernähren pflegte, noch fähig ist. Dass also möglicher Weise die Erwerbsfähigkeit eines Schneiders, der ein Bein verloren hat, immer noch in einem gewissen Grade vorhanden ist, wird Niemand leugnen. Wenn der Mann ein Bote war und hat ein Bein verloren, so wird man sagen, er muss etwas Anderes treiben; kann er es? ist er dazu geschickt? und die Behörde hat nach meiner Auffassung in diesem Falle jedenfalls zu berücksichtigen, inwieweit die Möglichkeit vorhanden ist, dass der Mann durch die seinen Fähigkeiten und Gewohnheiten entsprechende Geschicklichkeit noch im Stande ist, sich selbst zu ernähren."

Gegen diese Aeusserungen ist im Reichstage von keiner Seite ein Widerspruch erhoben worden. — Eine gleiche Bestimmung des Begriffes der Erwerbsunfähigkeit liegt auch dem von demselben Reichstage verabschiedeten Haftpflichtgesetze vom 7. Juni 1871 (R. G. Bl. S. 207) zu Grunde, wie das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen hat.

Der Berufungsrichter hat sich, wenn er von der allgemeinen Erwerbsunfähigkeit im Gegensatze zur professionellen spricht, auf denselben Standpunkt gestellt, und die Urtheilsgründe geben darüber keinem Zweifel Raum, dass in thatsächlicher Beziehung davon ausgegangen ist, dass der Kläger in jenem Sinne nicht gänzlich, sondern nur theilweise oder grösstentheils erwerbsunfähig sei. (Zeitschr. f. Med.-Beamte.)

Verlust des Sehvermögens ist auch dann anzunehmen, wenn die Möglichkeit einer Wiederherstellung der Sehkraft des Auges nicht ausgeschlossen ist.

Urtheil des Reichsgerichts (II. Strafsenats) vom 6. März 1895.

. . . . Die Rüge einer Verletzung des § 224 St. G. B. ist unzutreffend. Festgestellt ist, dass der August Cz. in Folge des von dem Angeklagten gegen ihn geführten Schlages das Sehvermögen auf dem rechten Auge, welches bis dahin völlig gesund gewesen sei, gänzlich verloren habe, dass das Auge zwar noch für Lichteindrücke empfänglich, das Unterscheidungsvermögen, oder, wie es an einer anderen Stelle des Urtheiles heisst, die Fähigkeit, äussere Gegenstände wahrzunehmen, jedoch erloschen sei. Diese Feststellungen rechtfertigen die Anwendung des § 224.

Allerdings wird in dem Urtheile die Möglichkeit offen gelassen, dass die Sehkraft des Auges durch einen operativen Eingriff wiederhergestellt werden kann; es ist indess hieraus kein Gewicht zu legen, da Niemand gezwungen werden kann, eine Operation an seinem Körper vornehmen zu lassen, und es lediglich darauf ankomme, ob die Sehkraft, was im vorliegenden Falle zutreffe, gegenwärtig als verloren zu betrachten sei. Diese Erwägungen sind rechtlich zutreffend, da § 224 St. G. B. Platz zu greifen hat, wenn das Sehvermögen in Folge der Körperverletzung verloren ging, während nicht erforderlich ist, dass die Körperverletzung die ausschliessliche Ursache jenes Verlustes gewesen sei. R.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Körperverletzung und Geisteskrankheit ist auch dann anzunehmen, wenn die Misshandlung zunächst nur eine heftige Gemüthsbewegung hervorgerufen hat und erst infolge dieser die Geisteskrankheit zum Ausbruch gelangt.

Urtheil des Reichsgerichts (IV. Strafsenats) vom 12. März 1895.

Nach den Feststellungen der Vorinstanz ist bei dem Verletzten durch die ihm von den Angeklagten zugefügte körperliche Misshandlung eine grosse Gemüthserregung hervorgerufen, und diese hat dann bei seiner erblich belasteten Konstitution den Ausbruch der Geisteskrankheit bewirkt. Wenn hiernach der Richter angenommen hat, dass die Geisteskrankheit auf die von dem Angeklagten geübte Misshandlung zurückzuführen sei, so ist das nicht zu beanstanden. Die Revision wendet mit Unrecht dagegen ein, dass Schläge nur, insoweit sie physisch wirken, strafrechtlich als Misshandlung anzusehen seien. Das Gesetz (§ 224 St. G. B.) setzt lediglich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Körperverletzung und der Geisteskrankheit voraus. Ob die letztere direkt dadurch verursacht wird, dass die Misshandlung zunächst Nervenerschütterung, Gemüthsbewegung oder eine körperliche Krankheit hervorruft, und hierdurch dann demnächst die Geisteskrankheit zum Ausbruche gelangt, ist rechtlich gleichgiltig. Der Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn die Misshandlung einer der Umstände war, die vermöge ihres Zusammentreffens die Ursache der Geisteskrankheiten bildeten. Dies ist im vorliegenden Falle festgestellt worden: Die Strafkammer erklärt ausdrücklich für erwiesen, dass ohne die von den Angeklagten verübte Misshandlung der Verletzte nicht in Geisteskrankheit verfallen wäre. R.

Zulässigkeit der Vernehmung geisteskranker Personen als Zeugen.

Urtheil des Reichsgerichts (II. Strafsenats) vom 12. Febr. 1895.

Die Strafkammer hat in der Hauptverhandlung die Vernehmung der Schutzzeugin P. abgelehnt, weil dieselbe nach Bekundung des in der Hauptverhandlung vernommenen Zeugen und Sachverständigen geisteskrank sei. Die Revision des verurtheilten Angeklagten findet in diesem Beschlusse eine unzulässige Beschränkung der Vertheidigung. Das Urtheil ist aufgehoben.

Die Vernehmung geisteskranker Personen ist nicht schlechthin ausgeschlossen, kann vielmehr, selbstverständlich unter Beobachtung des § 56 No. 1, Str.-P.-O. selbt in der Hauptverhandlung erfolgen, wenn die Möglichkeit vorhanden ist, durch die Auslassung der betreffenden Person oder durch die Art ihres Auftretens eine Aufklärung zu erzielen. Das Gericht hat besondere, im vorliegenden Falle vorhandene Gründe, weshalb ein Ergebniss von der Vernehmung der P. unter keinen Umständen zu erwarten wäre, nicht dargelegt, sondern sich mit der allgemein gehaltenen Auskunft des Sachverständigen begnügt, ohne dass irgend welche Angaben über den gegenwärtigen Zustand und die Vernehmungsfähigkeit der P. vorgelegen hätten; dies war umsoweniger ausreichend, als mit Rücksicht darauf, dass ein unmittelbarer Beweis für die Schuld des Angeklagten fehlte, besonderer Anlass vorhanden war, kein Mittel der Aufklärung unbenutzt zu lassen. R.

Tagesgeschichte.

Irrenwesen.

In der Sitzung des Herrenhauses am 9. Juli wurde auf Antrag der Kommission beschlossen, über eine Petition des Dr. med. St. um Wiederaufhebung des über ihn verhängten Entmündigungsverfahrens und unparteiische Prüfung der voraufgegangenen Vorkommnisse zur Tagesordnung überzugehen.

Gelegentlich der Begründung des Kommissionsbeschlusses hatte der Berichterstatter, Freiherr von Dúrant, auf nachstehende, in einer am 21. November 1894 in Göttingen abgehaltenen Versammlung angesehener Persönlichkeiten verschiedenen Standes beschlossenen Leitsätze Bezug genommen:

„1. Es wird zum Ausdruck gebracht, dass in der bisherigen Praxis der Gerichte, der Justizverwaltung und der Medizinalbehörden nicht nur die Fürsorge für die unglücklichen Irren und angeblichen Irren ausser Acht gelassen ist, sondern auch nachweislich ungerechtfertigte Aufnahmen in Irrenanstalten und Entmündigungen und andere grobe Rechtswidrigkeiten vorgekommen sind, ohne dass dagegen eingeschritten worden wäre.

2. Es ist unbedingt nöthig, dass ein Irrenrecht im Deutschen Reiche geschaffen werde.

3. Der leitende Gesichtspunkt für alle Irrengesetze muss das Interesse der angeblich oder wirklich Irren sein.

4. Neben der die volle Vormundschaft herbeiführenden Entmündigung soll das Institut der Beistandschaft, das mit allen Garantien umgeben sein muss, eingeführt werden.

5. Zur Reform des Entmündigungsverfahrens.

a) Massgebend für die Entscheidung im Entmündigungsverfahren ist nicht der medizinische Krankheitsbegriff, sondern das Vorhandensein oder das Fehlen der rechtsgeschäftlichen Handlungsfähigkeit."

Aus der Erwiderung des Regierungskommissars ist Folgendes hervorzuheben:

„Unter diese generellen Gesichtspunkte rechne ich in erster Reihe die Berufung auf die Göttinger Beschlüsse vom November 1894. Wenn, wie damals in Göttingen geschehen ist, eine Reihe von Männern, die sich lange mit einem Gegenstande beschäftigt haben, Beschlüsse redigiren, so ist es selbstverständlich, dass in dem Rahmen einer solchen Resolution auch mancher gesunde Gedanke, mancher richtige Satz zum Ausdruck kommt. Denjenigen Sätzen aber, die der Herr Referent von den Göttinger Beschlüssen vorlas, kann ich im Gegensatz zu anderen, nicht verlesenen das Prädikat der Richtigkeit nur in sehr beschränktem Maasse zuerkennen, theils indem sie überhaupt falsch sind, theils indem dort Etwas verlangt wird, was zur Zeit schon bestehendes Recht und bestehender Zustand ist. Das gilt insbesondere von dem letzten Satz des Herrn Freiherrn von Dúrant, dass für die Frage der Entmündigung nicht die Geisteskrankheit, sondern die Handlungsunfähigkeit entscheidend sein soll. Dies ist schon jetzt geltendes Recht und ist, wie der Herr Berichterstatter selbst vorgetragen hat, von den zur Entscheidung des St.'schen Falles bisher berufenen Gerichten auch nicht ausser Acht gelassen worden. Am bedenklichsten unter den Göttinger Thesen ist aber der erste Satz, in dem es heisst, „dass zum Ausdruck gebracht werde, dass nachweislich ungerechtfertigte Entmündigungen und andere grobe Rechtswidrigkeiten vorgekommen seien, ohne dass dagegen eingeschritten sei". Ich möchte Namens der Justizverwaltung an die Herren Unterzeichner des Göttinger Aufrufs die direkte Forderung stellen, die Fälle, in denen ungerechtfertigte Entmündigungen und grobe Rechtswidrigkeiten vorgekommen sind, dem Herrn Justizminister anzuzeigen. Es wird mit aller Strenge eingeschritten und eine unparteiische Untersuchung eingeleitet werden. A b e r i c h g e b e e b e n s o d i e E r k l ä r u n g a b, d a s s i r g e n d e i n F a l l, a u f d e n d i e s e r S a t z A n w e n d u n g f ä n d e, b i s z u d i e s e r S t u n d e d e m p r e u s s i s c h e n J u s t i z m i n i s t e r n i c h t z u r K e n n t n i s s g e l a n g t i s t, und d a s s i c h d a h e r, w e n n d i e H e r r e n n i c h t g a n z s c h l a g e n d e s B e w e i s m a t e r i a l h i n t e r s i c h h a b e n, d e n V o r w u r f a l s e i n e n u n g e r e c h t f e r t i g t e n z u r ü c k w e i s e, zum mindesten aber lebhaft bedauern muss, dass die Herren das Material nicht der Stelle unterbreitet haben, die allein befugt und in der Lage ist, davon entsprechenden Gebrauch zu machen.

Eine andere allgemeine Ausführung des Herrn Freiherrn von Dúrant bezog sich auf die Reformbedürftigkeit des Ent-

mündigungsverfahrens. Herr Freiherr von Dúrant hat zutreffend auseinandergesetzt, dass die beiden Fragen vollkommen zu scheiden sind: Die Behandlung und Unterbringung der Irren in eine Irrenanstalt — diese ressortirt vom Minister der geistlichen Angelegenheiten — und die Frage der Entmündigung und der Bestellung eines Vormundes über Geisteskranke.

Bei der vorjährigen Verhandlung der Kommission des Hohen Hauses, einer Verhandlung, die nachher zu weiteren Erörterungen im Plenum ja nicht geführt hat, hatte ich die Ehre, eine Zusammenstellung aus den Berichten der preussischen Justizbehörden über die letzte Frage der Kommission zu überreichen und daran die Bemerkung zu knüpfen, dass sämmtliche Justizbehörden sich ausnahmslos dahin ausgesprochen haben, dass die Grundlagen des Entmündigungsverfahrens durchaus gesunde und richtige seien, und dass man auf Grund der seither gemachten Erfahrungen nur in einigen Punkten mehr oder weniger zweckmässige Verbesserungen des Verfahrens einführen könnte. Damit durfte ich damals Namens meines Herrn Chefs die Erklärung verbinden, dass bei den Arbeiten zu einer Revision der Civilprozessordnung, die inzwischen eingeleitet worden sind, der preussische Justizminister für eine Einführung dieser von den Justizbehörden empfohlenen Verbesserungen eintreten werde.

Seitdem haben diese Verhandlungen begonnen, und zwar unter Zuziehung von Praktikern aus den verschiedensten deutschen Bundesstaaten, nicht aus Preussen allein, und im Auftrage des Herrn Justizministers habe ich mir erlaubt, als Kommissar zu dieser Konferenz an die Herren die Frage zu richten, ob etwa ausserhalb Preussens Wahrnehmungen gemacht seien, die eine Reformbedürftigkeit des Entmündigungsverfahrens an Haupt und Gliedern als gegeben erscheinen liessen, und übereinstimmend haben wiederum die Herren erklärt, die Grundlagen des Entmündigungsverfahren seien gesunde, und könne es sich nur um einige Verbesserungen handeln. Die Verbesserungen, die seitens der preussischen Justizverwaltung angeregt waren, fanden da bei diesen vorläufigen Berathungen im Wesentlichen Zustimmung. Wenn Herr Freiherr von Dúrant ferner den Vorwurf erhebt, es werde bei der Entmündigung mit grosser Oberflächlichkeit verfahren, so bin ich ja nicht in der Lage, diesen Behauptungen die allgemeine Behauptung entgegenstellen zu können, dass bei den Tausenden von Entmündigungen, die vorkommen, niemals irgend ein Richter vielleicht nicht mit der Gründlichkeit verfahren wäre, die die Sache wünschenswerth macht. Aber das glaube ich behaupten zu dürfen, dass der preussische Richterstand in seiner Gesammtheit auch auf diesem Gebiet seine alten Traditionen, mit Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit zu arbeiten, aufrecht erhalten hat."

(Veröffentl. des K. Gesundheitsamts.)

Nachweis von Pferdefleisch.

Die „Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygieine" schreibt Folgendes: Die Strafverfolgungen wegen betrügerischen Inverkehrbringens von Pferdefleisch sind in ein akutes Stadium getreten, seit Niebel einen Weg zur exakten Feststellung dieses Fleisches angegeben hat. Die Niebel'sche Glykogenmethode zum Nachweis des Pferdefleisches findet aber noch nicht überall die richtige Würdigung.

So hat nach der „Allg. Fleischer-Ztg." der Gerichtschemiker Dr. Bischoff gelegentlich eines Strafprozesses bekundet, dass er in einer Wurstprobe Glykogen in ganz bedeutender Menge gefunden habe. B. trug aber nach der angegebenen Quelle Bedenken, aus diesem Befunde zu schliessen, dass Pferdefleisch vorgelegen habe, weil Glykogen auch in anderen Fleischarten, wie z. B. im Katzenfleisch, vorkomme.

Hier sind zwei wesentliche Punkte ohne Berücksichtigung geblieben: 1. dass ein relativ hoher Glykogengehalt in Verbindung mit einer dunklen Färbung des Objekts mit Sicherheit Pferdefleisch anzeigt (Niebel), 2. dass es doch für die forensische Beurtheilung ganz irrelevant ist, ob Pferdefleisch oder Katzenfleisch an Stelle von Rindfleisch untergeschoben wurde. Denn das eine ist so strafbar wie das andere.

In einem zweiten Falle, welcher vor der Strafkammer zu Mülhausen i. E. verhandelt wurde, stützte sich die Strafverfolgung auf das Gutachten des Landgerichtschemikers, welcher die Anwesenheit von Pferdefleisch nach der Methode von Bräutigam und Edelmann festgestellt hatte. Die Zuverlässigkeit dieser Methode wurde von beklagter Seite in Zweifel gezogen und Professor Gattermann zu Heidelberg sowie Kreisthierarzt Niebel zu Berlin als Gutachter bestellt. Professor G. bezeichnete die Methode von B. und E., wie es übrigens B. und E. selbst gethan haben, keineswegs für geeignet, Pferdefleisch sicher nachzuweisen.

Bei diesem Anlasse sei wiederholt betont, dass nur der von Niebel angegebene Weg zur Ermittelung des Pferdefleisches zuverlässige, vor Gericht verwerthbare Resultate liefert.

Der Tod durch Elektrizität.

Professor Kratter in Innsbruck berichtet im Verein der Aerzte Steiermarks auf Grund von Versuchen, die er im Anschluss an ein Sektionsergebniss bei Kaninchen und Meerschweinchen gemacht hat, über den Tod durch Elektrizität. Er hält für die erste Wirkung des elektrischen Stromes unter allen Umständen die Athmungshemmung, welche entweder eine endgiltige oder vorübergehende ist. Dauert der Athmungsstillstand eine gewisse Zeit, so kommt es sekundär zum Herzstillstand. Deshalb meint er, der elektrische Tod sei nichts Anderes als eine besondere Art der Erstickung. Durch Elektrizität Verunglückte sind daher so zu behandeln, wie Menschen, welche in Erstickungsgefahr sind.

Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte

fand am 25. und 26. Mai wie stets in Baden-Baden statt und bot die gewohnte wissenschaftliche Reichhaltigkeit. Ein besonderes Interesse für den Sachverständigen hatte wohl ein Vortrag von Aschaffenburg (Heidelberg), welcher die periodischen Stimmungsanomalien der Epileptiker genauer untersuchte. Er ging dabei von Beobachtungen an periodisch Trunksüchtigen aus und zeigte, dass dergleichen periodische Stimmungsänderungen, welche für gewöhnlich mit keiner nennenswerthen Beeinträchtigung des Bewusstseins einhergehen, bei 64 Prozent seiner beobachteten 50 Fälle vorkamen und dass während derselben eine besondere Intoleranz gegen Alkohol bestand, indem unter dem Einfluss desselben schwere Dämmerzustände oder Neigung zu Gewaltthätigkeit und Selbstbeschädigung auftraten. — Prof. Schwalbe legte eine Zählkarte für Degenerationszeichen am Ohre vor. — Dr. Kemmler (Heidelberg) kommt auf Grund seiner Ausmittelungen an dem weiblichen Material der Heidelberger Irrenklinik zu der Anschauung, dass viele Depressionszustände bei Jugendlichen nur Initialerscheinungen periodischer bezw. circulärer Seelenstörung sind. Freilich bedarf es eines Ueberblickes über längere Zeit, um den Typus zu erkennen.

Erklärung.

Bezugnehmend auf unseren Artikel: Gegentheilige Gutachten und die bezüglichen Erklärungen in No. 8 und No. 11 unseres Blattes stellen wir fest, dass wir durch eine falsche Information irregeleitet worden sind und die Berichtigung des Herrn Prof. Dr. Kossmann in No. 11 den Thatsachen völlig entsprach. Wir ziehen demnach unser missbilligendes Urtheil über das Verhalten des Herrn Prof. Dr. Kossmann selbstverständlich zurück. Die Redaktion.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. — № 17. — Ausgegeben am 1. September.

Erfahrungen bei Eisenbahnverletzungen.

Von

Professor Dr. **Kraske**-Freiburg.

Nach einem Vortrag in der II. Jahresversammlung des Vereins Badischer Bahnärzte am 7. Juli zu Freiberg i. B.

Die Eisenbahnverletzungen unterscheiden sich in Bezug auf das Zustandekommen und in Bezug auf die anatomischen Verhältnisse eigentlich kaum von anderen Verletzungen; nur etwas Besonderes haben sie, und das besteht in der gewaltigen unmittelbaren Einwirkung auf das Nervensystem, welche bei den Eisenbahnverletzten gewöhnlich zu beobachten ist, und welche die Erscheinungen machen, die man bekanntlich mit dem Namen Choc zu bezeichnen pflegt. Dieser Choc ist für den Arzt, der Eisenbahnverletzte zu behandeln hat, auch in praktischer Beziehung von grosser Bedeutung. Es ist ja bekannt, dass man bei Kranken, die an ausgesprochenen Erscheinungen des Chocs leiden, eine Chloroformnarkose nicht vornehmen darf. Der Choc ist eine Contraindication für dieselbe. Man würde also eine grössere Operation, die eine Narkose nothwendig machte, verschieben müssen. Auf der anderen Seite kann dieser Choc auch günstig sein und in praktischer Beziehung verwerthet werden.

Es ist häufig möglich, an solchen Verletzten Operationen vorzunehmen, ohne dass man sie narkotisirt, Operationen, die sonst ohne Chloroform unmöglich wären. Das gilt z. B. von der Einrichtung der Verrenkungen. Verrenkungen der grossen Gelenke, des Hüftgelenks z. B., die sonst in der Praxis nicht zu den häufigsten gehören, scheinen bei den Eisenbahnverletzungen doch häufiger vorzukommen. Ich habe Gelegenheit gehabt, einmal bei einem grösseren Eisenbahnunglück als Arzt thätig zu sein; es war das Jahr, ehe ich in die hiesige Stellung trat, in Halle. Da entstand ein Unglücksfall dadurch, dass zwei Züge, die zugleich einliefen, in Folge falscher Weichenstellung kollidirten, wodurch eine Anzahl Wagen zertrümmert wurde. Bei diesem Eisenbahnunglück, bei dem etwa 30 Schwerverletzte vorhanden waren, zeigten sich viele Hüftgelenksverrenkungen, und es war mir bei der Durchsicht des Berichts, den Maas über den Hugstettener Unfall gegeben hat, um so interessanter, zu erfahren, dass auch da relativ viele Hüftgelenksverrenkungen vorkamen. Ich erinnere mich von dem Hallenser Unglück her, dass bei Einrichtung der Luxationen nur ein einziger Kranker chloroformirt zu werden brauchte. Bei allen anderen war die Reposition ausserordentlich leicht, alle aber boten auch das Bild des Chocs dar: Theilnahmlosigkeit und Schlaffheit aller Muskeln, die den Repositionsbewegungen keinen Widerstand entgegensetzten. Auch bei dem Hugstettener Unglück ist nur bei einem der Hüftgelenksverletzten Chloroformnarkose nothwendig gewesen. Bei den anderen konnte die Reposition auch ohne Narkose gemacht werden. Aber nicht blos Einrichtungen von Luxationen kann man ohne Chloroform im Choc machen, man kann unter Umständen auch grössere Operationen vornehmen. Freilich regelrechte Amputationen sind wohl zu grosse Eingriffe, als dass man sie ohne Narkose machen könnte. Aber es ist durchaus möglich, Unterbindungen grosser Gefässe zu machen, was bisweilen absolut nöthig ist. Ich habe sogar einmal bei einem Kranken, der eine schwere Zertrümmerung des Unterschenkels und eine Fraktur des Oberschenkels erlitten hatte, die nothwendige Absetzung des Gliedes ohne Narkose ausgeführt, wobei ich allerdings das Bein nicht regulis artis amputirt, sondern an der Stelle der stärksten Zerschmetterung, wo es mit dem Körper durch die Haut und die halbzerquetschten Muskelbäuche zusammenhing, abgetrennt und den Knochen geglättet habe. Der Wundverlauf war unter Tamponadeverband ohne Störung.

Was die einzelnen Eisenbahnverletzungen betrifft, die ich im Laufe der Jahre gesehen habe, so stellen die komplizirten Frakturen das grösste Kontingent. Auch bei Unglücksfällen, die auf Eisenbahnen vorkommen, sieht man die beiden Arten der komplizirten Frakturen, deren Unterscheidung auch in therapeutischer Beziehung so wichtig ist. Neben den schweren Verletzungen, bei denen die Knochenzerschmetterung sowohl als auch die Weichtheilswunde durch die verletzende Gewalt direkt hervorgerufen wird, beobachtet man die einfachen durch indirekte Gewalt zu Stande gekommenen Durchstechungsfrakturen. Auch bei den von der Eisenbahn in meine Klinik eingelieferten komplizirten Frakturen sind wir bei der Behandlung nach den Prinzipien verfahren, die sich uns sonst bei der Behandlung dieser Verletzungen bewährt haben. Die Durchstechungsfrakturen behandeln wir mit Occlusion, d. h. wir vermeiden jede Sondirung und Untersuchung der Wunde, be-

schränken uns auf die sorgfältige Reinigung der Umgebung der Wunde und umgeben das verletzte Glied mit einem Verbande aus gut aufsaugendem Material, kurz, wir behandeln die Durchstechungsfrakturen etwa so, wie man eine Schussfraktur behandelt.

Ganz anders verfahren wir natürlich, wenn eine komplizirte Fraktur zu behandeln ist, bei der die Weichtheilsverletzung durch die verletzende äussere Gewalt zu Stande gekommen ist. Hier haben wir es ja gewöhnlich mit grossen höchst unregelmässigen Wunden zu thun, und hier würde alles Andere richtig sein, nur nicht eine Occlusionsbehandlung. Während dort jedes Zuviel vom Uebel ist, kann man hier nicht energisch genug verfahren. Die Wunde muss nicht allein offen bleiben, sondern auch weiter gemacht werden, um Blut, zertrümmerte Gewebe und Schmutz entfernen zu können. Jeder Recessus muss freigelegt, Incisionen und Contraincisionen müssen gemacht und alle Wunden mit lockerer Gaze ausgefüllt werden. Je gründlicher man in dieser Beziehung verfährt, desto sicherer kann man darauf rechnen, selbst in nicht mehr frischen Fällen ernstliche Wundkomplikationen zu vermeiden.

Nächst den komplizirten Frakturen habe ich am häufigsten Harnröhrenverletzungen in Folge von Eisenbahnunfällen gesehen. Diese Verletzungen waren meistens zu Stande gekommen im Anschluss an Beckenbrüche. Es handelte sich dabei mehrfach um Ueberfahrungen durch kleine Wagen mit niedrigen Axen (Kippkarren), die das Becken zusammengedrückt hatten, oder um Quetschungen durch die Puffer. Nur einmal war die Harnröhrenzerreissung auf eine andere Weise zu Stande gekommen. Bei einem Schaffner, der im Begriff, von seinem Schaffnersitz herunterzusteigen, ausglitt und im Reitsitz auf die Kante der Pufferscheibe zu fallen kam. Einige dieser Harnröhrenverletzungen habe ich frisch, wenige Stunden nach dem Unfall, in Behandlung bekommen; die meisten aber wurden mir zugeführt wegen der Folgezustände, die sich an die Verletzung angeschlossen hatten, und die in hochgradigen narbigen Verengerungen der Harnröhre bestanden. In diesen letzteren Fällen genügte nur bei wenigen Kranken eine einfache Urethrotomia externa, meist war eine mehr oder weniger ausgedehnte Resektion des narbig veränderten Theiles der Harnröhre nöthig. Einige Male habe ich Operationen machen müssen, die wegen der vollständigen Impermeabilität und der seitlichen Verziehung der Harnröhre zu den schwierigsten und mühesamsten dieser Art gehörten, welche ich überhaupt gemacht habe.

Ueber die Grundsätze, die mich bei der Behandlung der frischen Harnröhrenverletzungen leiteten, erlaube ich mir einige Worte zu sagen, weil gerade hier von einem richtigen und raschen Eingreifen häufig das Schicksal der Verletzten abhängt und mir es nach meinen Erfahrungen scheint, als ob von den Kollegen gerade bei dieser Verletzung die Behandlung immer noch für eine besonders schwierige gehalten wird, was sie meines Erachtens gar nicht ist. Dass es bei einer Harnröhrenzerreissung, die ja gewöhnlich sofort zu einer Urinverhaltung führt, unsere wichtigste Aufgabe ist, dem Urin Abfluss zu verschaffen, brauche ich ja nicht zu betonen. Man wird zunächst diese Aufgabe durch den Katheterismus zu lösen versuchen, und zwar wird man, da dieser zum Verweilkatheter sich am besten eignet, zuerst das weiche Nelatonsche Instrument verwenden. Da bei diesem Katheter die Spitze an der hinteren unteren Wand hingleitet, so wird die Einführung in die Blase meist nur dann gelingen, wenn das Loch in der Harnröhre an der vorderen oberen Wand liegt. Ist die Harnröhre an der unteren Wand zerrissen, so wird eher ein starres Instrument zum Ziele führen, dessen Schnabel beim Passiren der Harnröhre an der oberen Wand entlang gleitet. Ist die Harnröhre vollständig durchtrennt, so ist es für gewöhnlich überhaupt unmöglich, den Katheter in die Blase zu bringen. In diesem Falle entschliessen sich viele Kollegen zur Punktion der Blase. Meiner Meinung nach sollte man diese Operation unter allen Umständen vermeiden. Ich betrachte sie als eine Art testimonium paupertatis, welches sich der Arzt, der sie macht, ausstellt, und empfinde es mit einer gewisssen Genugthuung, dass ich bisher noch niemals in die Lage gekommen bin, zum Troicart greifen zu müssen. Gelingt bei einer Harnröhrenzerreissung die Einführung des Katheters nicht, so muss man unverzüglich zur Incision auf die fluktuirende, die Samengegend vorwölbende Geschwulst schreiten. Das ist eine Operation, die jeder praktische Arzt, auch wenn er unter ungünstigen äusseren Umständen seine Thätigkeit ausüben muss, ausführen kann und die einfacher ist als der Luftröhrenschnitt oder eine Herniotomie. Mit der Incision in die Samengegend und der Ausräumung der Blutgerinnsel ist Das geschehen, was zunächst nothwendig ist. Es ist durchaus nicht unbedingt erforderlich, das centrale Harnröhrenende aufzusuchen, was manchmal recht schwierig sein kann und nur bei ausreichender Assistenz gelingt. Wenn die grosse Höhle eröffnet ist, in die das centrale Harnröhrenende mündet, und wenn sie mit Gaze locker ausgefüllt wird, so ist eine Urininfiltration, deren Gefahren ja am meisten bei diesen Verletzungen zu fürchten ist, unmöglich. Die Annäherung der getrennten Harnröhrenenden vollzieht sich mit der Granulation der Höhlenwandungen und der Narbenkontraktion von selbst und kann später durch regelmässiges Sondiren der Urethra unterstützt werden. Nicht genug zu betonen ist es, dass die erforderlichen Maassnahmen bei einer Harnröhrenzerreissung frühzeitig getroffen werden. Der Arzt darf von einem Kranken mit Ruptur der Urethra nicht eher fortgehen, als bis dem Urin auf die eine oder andere Weise Abfluss verschafft ist, ebenso wie ein Kranker mit akuter Brucheinklemmung oder einer hochgradigen Larynxstenose nicht eher verlassen werden darf, als bis die Herniotomie oder der Luftröhrenschnitt gemacht ist.

Eine dritte Gruppe von Verletzungen, die gerade bei Eisenbahnunglücken und bei den Einzelunfällen des Bahnpersonals offenbar häufiger vorkommt und die auch ich öfter gesehen habe, betrifft die schweren Quetschungen der Brust und des Unterleibs. Aus dieser Gruppe erlauben Sie mir einen Fall etwas näher mitzutheilen, der wegen der Seltenheit der Verletzung, um die es sich dabei handelte, einiges Interesse zu erwecken geeignet ist. Ich hatte eine ähnliche Verletzung vorher nie gesehen; auch in der Literatur habe ich mich vergeblich nach einem analogen Fall umgesehen.

Ein Bahnhofsarbeiter war durch eine schwere Kiste, die gegen seine linke Seite fiel, gegen eine Säule der Bahnhofsüberdachung gedrückt worden. Er fiel zu Boden und wurde, offenbar schwer verletzt, sofort in die Klinik gebracht. Der Kranke zeigte das Bild einer inneren schweren Verletzung und bot die Erscheinungen eines mässigen Chocs dar. Sein Radialpuls war kaum zu fühlen, sein Gesicht blass, seine Athmung sehr oberflächlich. Die einzigen Klagen des Kranken bezogen sich auf heftige, tief im Leib sitzende und im ganzen Rücken sich verbreitende Schmerzen. Die linke Thoraxseite war auf Druck sehr empfindlich, besonders die untere Parthie, eine Fraktur der Rippen war aber nicht nachzuweisen. Das Abdomen war leicht aufgetrieben und zeigte in dem unteren Theile der rechten Seite (der Verletzte lag offenbar, um die gequetschte linke Thoraxseite zu schonen, halb auf der rechten Seite) eine etwas vermehrte Resistenz und eine leichte aber deutliche Dämpfung. Der Leib war weich und nicht empfindlich; Gasaustritt in die freie Bauchhöhle war nicht nachzuweisen. Es war mir keinen Augenblick zweifelhaft, dass es sich bei dem

Verletzten um eine Verletzung eines Unterleibsorganes und um eine innere Blutung handelte. Als das verletzte Organ glaubte ich mit grosser Wahrscheinlichkeit die Milz ansehen zu müssen, namentlich deshalb, weil der Stoss, den der Verletzte erlitten, die Milzgegend vorzugsweise getroffen hatte. Die Dämpfung und vermehrte Resistenz an der rechten Unterbauchseite bezog ich auf ein Blutextravasat, welches sich in der freien Bauchhöhle seiner Schwere nach angesammelt hatte. Zu einem operativen Eingriffe konnte ich zunächst keine Veranlassung finden. —

Der Verlauf der nächsten Tage schien meine Diagnose zu bestätigen. Schlimmere Erscheinungen, namentlich peritonitische Symptome stellten sich nicht ein, der Verletzte erholte sich im Gegentheil in erfreulicher Weise, was ich, ebenso wie den Schmerz, der sich in mässigem Grade einstellte, auf eine Resorption des Blutextravasats bezog. Schon hielt ich den Kranken für gerettet, als sich am 6. Tage plötzlich alle Zeichen einer erneuten Blutung einstellten. Der Puls wurde in beängstigender Weise wieder elend, die Schleimhänte blässer. Dabei trat häufiges Erbrechen auf, so dass man an eine nachträgliche Perforation des Darmes denken musste. Doch blieb der Leib weich, so dass eine Peritonitis wohl ausgeschlossen werden konnte. Ein sehr merkwürdiges Symptom aber trat ein, das war eine starke Auftreibung der oberen Partieen des Unterleibs, die eine Dämpfung und ausgesprochene Fluktuation zeigte. Der angefüllte Magen war das nicht, denn das häufige Erbrechen verkleinerte die Auftreibung nicht, auch liess sich der lufthaltige Magen durch die Perkussion oberhalb der Anschwellung nachweisen. Nach rechts ging die Dämpfung in die Leberdämpfung über, nach links wurde sie durch eine 2—3 Finger breite gedämpft-tympanitische Zone von der Milz getrennt; nach unten lag, an den tiefen tympanitischen Schall erkennbar, das luftgefüllte Colon. Diese charakteristische Lokalisation der Anschwellung wies auf das Pancreas als den Sitz der Verletzung hin. Ich liess meine Diagnose einer Milzruptur fallen und nahm mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Pancreasverletzung an. Ich stellte mir vor, dass unmittelbar nach der Verletzung das Blut durch das Foramen Winslowi in die allgemeine Bauchhöhle geflossen sei, dass dann die Blutung sistirt habe und dass, als sie wieder eintrat, das neu ergossene Blut durch das mittlerweile verklebte Winslow'sche Loch nicht abfliessen konnte, sondern sich in der Bursa omentalis ansammelte und sich zwischen Magen und Colon nach vorn vordrängte. Der ausserordentlich rasch sich verschlimmernde Zustand des Verletzten schloss die Möglichkeit eines operativen Eingriffes aus; am nächsten Tag trat der exitus letalis ein.

Die Sektion ergab nun in der That, was vermuthet worden war. „Bei Zerrung am Querdarm reisst das Peritoneum (Netz) ein und es entleert sich aus einer dahinter gelegenen Höhle eine grosse Menge von flüssigem Blut. Dementsprechend findet sich hinter dem Mesocolon ein mit Blut gefüllter Sack, auf dessen Aussenwand die Milz aufliegt. Dieselbe ist mit dem Sack etwas verklebt, ist aber frei von Einrissen und Blutungen. Die Blutung rührt davon her, dass das Pancreas in seinem Schwanztheil (5—6 cm vom Ende entfernt) quer durchgerissen ist. Der Sack stellt also nichts weiter vor, als die stark ausgedehnte Bursa omentalis, die vom Pancreas aus mit Blut gefüllt ist. Die Rissstelle des Pancreas liegt unmittelbar vor der Wirbelsäule."

Es handelt sich in dem geschilderten Falle natürlich nicht um eine jener Blutungen, wie sie in dem durch pathologische Prozesse vorher veränderten Pancreas nicht so selten zu Stande kommen.

Hier lag zweifellos eine traumatische Ruptur des vorher gesunden Organs vor. Dass eine solche Verletzung überhaupt vorkommen könne, sollte man bei der anscheinend doch so geschützten Lage des Pancreas kaum für möglich halten. Aber man muss sich doch wohl vorstellen, dass bei einer seitlichen, vielleicht etwas mehr nach hinten wirkenden Kompression der unteren Thoraxpartien das Pancreas vermittelst seiner Anheftungen am Kopf und Schwanz derartig in die Länge gezogen werden kann, dass es über dem starken unnachgiebigen Vorsprung der Wirbelsäule quer durchreisst. In unserem Falle entsprach die Rissstelle genau dem Wirbelsäulenvorsprunge. Ich kann freilich nicht unterlassen, zu bemerken, dass es mir bei Versuchen an der Leiche, die ich mehrfach angestellt habe, nicht gelungen ist, eine ähnliche Verletzung zu Stande zu bringen.

Während der Beobachtung des Verletzten und nach dem Ergebniss der Sektion habe ich mir natürlich die Frage vorgelegt, ob man durch einen operativen Eingriff den tödtlichen Ausgang nicht hätte abwenden können, und ob künftig in einem ähnlichen Falle eine Operation nicht indizirt sei. Ich stehe nicht an, diese Frage zu bejahen. Wenn man die richtige Diagnose gestellt hat, was, glaube ich, mit einiger Wahrscheinlichkeit wenigstens dann möglich ist, wenn das Blutextravasat so bestimmte und charakteristische Erscheinungen macht, wie in unserem Falle, so muss es möglich sein, durch eine Eröffnung der Bauchhöhle und eine Durchtrennung des zwischen Magen und Colon sich ausspannenden grossen Netzes die Quelle der Blutung zugänglich zu machen. Zwar erscheint es mir fraglich, ob man in der grossen Tiefe, in der das Pancreas liegt, eine Ligatur der zerrissenen Gefässe würde ausführen können. Aber es ist mir nicht zweifelhaft, dass eine Tamponade der Rissstelle genügen würde, die Blutung zum Stehen zu bringen.

Vollständige Zerreissungen des Pancreas gehören gewiss zu den allerseltensten Verletzungen. Aber dass sie, wie unser Fall zeigt, überhaupt möglich sind, lässt doch mit Sicherheit annehmen, dass partielle Läsionen des Organs nicht so selten sein können und darum gestatten Sie mir, zum Schluss darauf hinzuweisen, dass unser Fall auch von Interesse ist im Hinblick auf die Entstehung gewisser Pancreaserkrankungen, die in den letzten Jahren wiederholt Gegenstand einer erfolgreichen chirurgischen Behandlung geworden sind. Ich meine die Pancreascysten.

Dass die Pancreascysten traumatischen Ursprungs seien, ist vielfach angenommen und, wie mir scheint, auch in hohem Grade wahrscheinlich gemacht worden. Als ich selbst vor einigen Semestern eine Pancreascyste mit Erfolg operirte bei einem jungen Manne, der, vorher ganz gesund, sein Leiden mit Bestimmtheit auf ein manifestes Trauma und zwar auf eine Quetschung des Körpers zwischen zwei Fässern zurückführte, und bei der Operation die stark hämorrhagische Beschaffenheit des Cysteninhalts sah, habe ich mich sogleich auf die Seite Derjenigen gestellt, welche die traumatische Natur der Pancreascysten, wenigstens der meisten, für sehr wahrscheinlich halten. Heute ist es mir nicht im Geringsten mehr zweifelhaft, dass partielle Rupturen des Pancreas häufiger vorkommen als man annimmt, und dass dieselben zur Entwicklung von Cysten Veranlassung geben. Wenn mir in einem gegebenen Falle die Aufgabe gestellt würde, mich gutachtlich darüber zu äussern, ob eine Pancreascyste zu einer vorausgegangenen Verletzung des Leibes in einem ursächlichen Zusammenhang stehe, so würde ich keinen Augenblick Bedenken tragen, diese Frage im bejahenden Sinne zn beantworten.

Die gerichtsärztliche Beurtheilung der körperlichen Entstellung.

Von
Dr. Israel-Medenau (Ostpr.)
Kreisphysikus.

Zu denjenigen Folgezuständen, welche als Kriterien der „schweren Körperverletzung" gelten, gehört auch die körperliche Entstellung. Der § 224 des Deutschen Reichsstrafgesetzbuches lautet: Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte . . . in erheblicher Weise dauernd entstellt wird; im Oesterreichischen Strafgesetzbuche wird eine bleibende, auffallende Verunstaltung angeführt und in dem neuesten Schweizer Strafgesetz-Entwurf handelt es sich um eine „sehr schwere Misshandlung," wenn der Verletzte arg entstellt wird.

Es gehört nicht gerade zu den häufigen Vorkommnissen, dass an den ärztlichen Sachverständigen die Frage gerichtet wird, ob eine Entstellung vorliege; ja, man hat sogar vielfach diese Frage als eine Schönheitsfrage betrachten wollen, deren Beurtheilung nicht dem ärztlichen Sachverständigen als solchen zukomme, vielmehr den Richtern und Geschworenen überlassen werden könne. Diese Auffassung ist entschieden irrthümlich, denn es handelt sich in solchen Fällen nicht um eine einfache Feststellung, ob eine Entstellung anzunehmen ist, sondern auch, ob diese als Folge der in Rede stehenden Körperverletzung entstanden, ob sie dauernd und nicht zu beseitigen ist, Fragen, die wahrlich nur zur Kompetenz des ärztlichen Sachverständigen gehören. Ein gerichtlicher Fall, den ich jüngst zu begutachten hatte, gab mir Gelegenheit, diesen Fragen näher zu treten; ich fasse in Folgendem die Ergebnisse meines Studiums der Literatur und der Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe zusammen:

Unter Entstellung versteht man eine solche wesentliche Veränderung in der äusseren Erscheinung des Menschen, dass dadurch das Schönheitsgefühl beleidigt, ein widriger, unangenehmer Eindruck hervorgebracht wird. Nicht jede Zerstörung oder Beschädigung eines menschlichen Körpertheiles kann als Entstellung im Sinne des Gesetzes gelten, selbst wenn sie sich als eine solche vom ästhetischen Standpunkte aus dokumentirt. Die Entstellung muss eine erhebliche sein; sie muss sich an einem Körpertheile befinden, welcher regelmässig den Blicken Anderer zugänglich, also auffällig wahrnehmbar ist, es muss auch die Gesammterscheinung des körperlichen Habitus wesentlich verschlechtert sein. Sie ist nicht erheblich, wenn sie z. B. nur den Blicken bestimmter Personen unter besonderen Umständen zugänglich ist (im Eheleben), auch dann nicht, wenn nur ein einzelnes Glied verletzt ist, das nicht in die Augen fällt. In erster Reihe handelt es sich um Verletzungen des Gesichtes (Verbrennungen und Anätzungen (Begiessen mit Oleum, Kalklauge), durch welche entstellende Narben sich ausbilden; auch durch schneidende Instrumente und stumpfe Gewalt können verunstaltende Veränderungen entstehen. Eine thalergrosse, trichterförmige Vertiefung in der Mitte der Stirn, die durch Schlag auf den Kopf entstanden war, wurde vom Reichsgericht (Bd. III Seite 391) als eine so augenfällige Zerstörung der natürlichen Kopfbildung betrachtet, dass es im Gegensatz zum Gutachten des ärztlichen Sachverständigen eine erhebliche Entstellung annahm. — Der Verlust eines Auges, bedeutendes Ectropium der Lider, Verlust oder bedeutende Verstümmelung der Nase, Bruch des Nasenbeins, Verzerrungen von Mund und Nase, Lähmung von Gesichtsmuskeln gehören ebenfalls hierher. Der Verlust von Zähnen dürfte nur eine Entstellung bedingen, wenn eine ganze Reihe von Vorderzähnen ausgeschlagen worden ist; bei einem Verlust von 6 Vorderzähnen wurde Verunstaltung angenommen. Ueber den Verlust der Ohrmuschel berichtet v. Hofmann; in drei Fällen war dieselbe bei Raufereien abgebissen worden; eine entsprechende Haartracht kann den Verlust bedecken. Endlich muss der Arzt eine bedeutende Verkrümmung der Wirbelsäule, auffallendes Hinken, schlecht (unter einem Winkel) geheilte Fracturen in seinem Gutachten als auffallende Entstellung bezeichnen.

Der ärztliche Sachverständige muss ferner die Fragen beantworten: ist die Entstellung als Folge der Verletzung anzusehen, welche Ausbreitung und Bedeutung hat sie zur Zeit der objektiven Untersuchung, kann sie als dauernd bezeichnet werden? Nur der wirklich vorhandene, durch die Untersuchung festgestellte Befund kommt in Frage; die Strafbarkeit setzt den thatsächlichen Erfolg voraus und abstrahirt von einer etwa noch eintretenden Veränderung. Eine Besserung, etwa durch eine anzurathende Operation, kommt nicht in Betracht, einmal weil Niemand gezwungen ist, sich einer Operation, Narkose zu unterziehen, auf der anderen Seite der Erfolg einer solchen plastischen, Schiel-, Staar-Operation, Redressement schlecht geheilter Knochen niemals sicher vorauszusagen ist; auch von einer voraussichtlichen Verschlimmerung hat der Sachverständige zur Zeit der Aburtheilung nicht Notiz zu nehmen, schon deswegen, weil der Verletzte ja unterdessen sterben kann. Erscheint es dem Sachverständigen mehr oder minder unwahrscheinlich, dass eine Aenderung in der Entstellung eintreten wird, so muss er sie als dauernd bezeichnen. Endlich ändert an der gesetzlichen Definition auch nicht der Umstand, dass die entstellten Körperstellen durch künstliche Mittel (Glasauge, Prothesen) so verdeckt werden können, dass sie nicht oder nicht leicht erkennbar sind. Das Verbergen des Defekts selbst bis zum Grade der Unkenntlichkeit reicht für sich allein nicht aus, das Begriffsmerkmal der Entstellung zu beseitigen, denn alsdann würde das Merkmal seine objektive Bedeutung verlieren und bezüglich des Vorhandenseins dem freien Willen des Verletzten anheimgestellt sein. Entscheidend ist nur, ob der entstellte Körpertheil nach den natürlichen und sozialen Lebensverhältnissen des Verletzten derart bedeckt zu werden pflegt, dass der Mangel als wesentliche Entstellung nur unter besonderen Verhältnissen nach aussen erkennbar ist und als solche empfunden wird. (Reichsgerichts-Entscheidung Bd. VIII, S. 577.)

Neben der strafrechtlichen Frage kommt auch die civilrechtliche in Betracht. Im Allg. Landr. Tit. VI § 123 heisst es: Wird eine unverheirathete Frauensperson durch körperliche Verletzung verunstaltet und ihr dadurch die Gelegenheit, sich zu verheirathen, erschwert, so kann sie von dem Beschädiger Ausstattung fordern; und im § 129: Ist Jemandem sein Fortkommen in der Welt durch eine aus Vorsatz oder grobem Versehen zugefügte Verunstaltung erschwert worden, so muss ihm auch dafür eine billige, nach den Umständen zu bestimmende Entschädigung geleistet werden. — Man muss daher auf Geschlecht und Alter Rücksicht nehmen; eine Narbe, die das Gesicht eines jungen Mannes ziert, kann für ein junges Mädchen entstellend sein. Narben im Gesicht junger Mädchen sind anders zu beurtheilen als bei alten Frauen.

Ebenso wie die individuellen Unterschiede kommen endlich auch Berufsverhältnisse in Betracht, was man in Hinsicht auf die, durch die soziale Gesetzgebung (Unfall-Haftpflichtgesetz) ermöglichte Entschädigung des Verletzten im ärztlichen Gutachten gelegentlich zu berücksichtigen hat. Mit der Beurtheilung solcher Fälle, in denen grobe Verunstaltungen die Erwerbsfähigkeit nachtheilig beeinflussten, hat sich das Reichsversicherungsamt schon vielfach beschäftigt und diese bei Bemessung der zuzusprechenden Rente berücksichtigt. In dem einen Falle handelte es sich um einen jungen Brauer, der bei einem Unfalle sowohl an den Händen als auch im Gesicht erhebliche Brandwunden,

die ihn in sehr auffallender Weise entstellten, davongetragen hatte. In Folge dieser Verunstaltung wurde die Rente von 10 auf 25 Prozent erhöht. In der Entscheidung des R. V. A. vom 23. Januar 1894 wurde hervorgehoben: An sich beeinträchtigen solche Entstellungen subjektiv nicht die Fähigkeit, lohnende Arbeit zu verrichten; dagegen beschränken sie objektiv das Arbeitsfeld — und damit die Erwerbsfähigkeit — insofern, als zahlreiche Arbeitgeber Bedenken tragen, Personen mit auffallenden Verunstaltungen bei sich anzustellen. Dies wird namentlich der Fall sein bei denjenigen Personen, welche Dienste rein persönlicher Art zu verrichten haben. So werden sich z. B. häufig genug Arbeitgeber scheuen, verunstalteten Personen in ihrem Betriebe eine hervorragende leitende Stellung anderen Arbeitern oder Beamten gegenüber einzuräumen, da der persönliche Einfluss und die Fähigkeit persönlicher Einwirkung erfahrungsgemäss nicht selten unter derartigen Aeusserlichkeiten leiden und durch sie beeinflusst werden. Danach kann sehr wohl lediglich durch eine Verunstaltung das Fortkommen eines Menschen nicht unerheblich erschwert werden; die dadurch erlittene Einbusse muss bei der Rentenabmessung berücksichtigt werden.

Hiermit hätten wir diejenigen Fälle erschöpft, bei welchen der Arzt in die Lage kommen könnte, sich über eine Entstellung gutachtlich zu äussern. Die Verunstaltung als Folge innerer, übertragbarer Krankheiten, z. B. Sattelnase nach Syphilis, kommt schon deswegen kaum in Betracht, weil eine solche Körperverletzung nicht oder höchst selten zum Gegenstande einer gerichtlichen Verhandlung wird, zumal die Absicht einer solchen Uebertragung sich nicht beweisen lässt.

Ein Fall von traumatisch entstandenem Bauchbruch.

Von
Dr. Wider-Leonberg.

Ein 60jähriger Bauer A. V. von E. wollte am 10. Mai 1895 eine knapp über der Erde abgebrochene Hopfenstange ohne besonderen Kraftaufwand aus dem Boden ziehen, als er einen heftigen Stich in der Magengrube verspürte. Von dem Versuch, eine leichtere Arbeit zu verrichten, musste er heftiger Schmerzen wegen abstehen. Er ging nach Hause und klagte seinem Weib über grosse Uebelkeit und Schmerzen, die sich so steigerten, dass er sich kaum rühren konnte. Die Frau fand in der Herzgrube eine Geschwulst, die sich im Lauf des Abends bis zu Daumendicke vergrössert haben soll. Schmerzen und Uebelkeit hielten die Nacht über an, zu eigentlichem Erbrechen kam es nicht.

Erst am übernächsten Tage suchte der Mann ärztliche Hilfe auf, obwohl er vor Schmerzen und Uebelsein die einen Kilometer betragende Entfernung von seinem Wohnort kaum zurücklegen konnte. Er will vor dem Unfall nie etwas Abnormes in der Magengrube bemerkt haben, am 10. Mai ganz gesund an die Arbeit gegangen sein.

In der Magengrube fand sich eine deutlich sichtbare, wallnussgrosse Vorwölbung, die schmerzhaft war, in sitzender Stellung des Patienten sich nicht, in Rückenlage dagegen sehr leicht zum Verschwinden bringen liess. Die reponirenden Finger hatten das Gefühl, dass mit Eingeweiden kleine Klümpchen in die Bauchhöhle zurückgeschoben wurden.

Nach der Taxis kann die Spitze des Zeigefingers in einem querovalen Schlitz der linea alba eingelegt werden, welcher 6 cm vom proc. xiphoideus und 8 cm vom Nabel entfernt ist.

Beim Uebergang von der horizontalen in aufrechte Stellung tritt die Geschwulst langsam wieder heraus, bis sie den früheren Umfang erreicht hat.

Referate.

Kann ein zuvor Gesunder einen Schädelbruch erleiden, ohne sichtbare Verletzung der Weichtheile und ohne dass er die Schwere seiner Verletzung erkennt?

Von Oberamtsarzt Dr. Erle-Leutkirch.
(Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins.)

Zur Beantwortung dieser Frage, welche dem Verf. bei einer mündlichen Verhandlung vor dem Schwurgericht gestellt wurde, berichtet er über drei sehr interessante einschlägige Fälle:

I. Ein fünfundzwanzigjähriger Bauer N. erhielt, als er in Begleitung seines Nachbars Nachts aus dem Wirthshause heimkehrte, von einem ihm feindlich gesinnten Burschen mit einem Zaunpfahl einen Schlag gegen die linke Schläfe. Er erwähnte seinem Nachbar gegenüber zunächst nichts von diesem Schlage; erst nachdem sie 200 Meter weiter gegangen, etwa 7 Minuten nach der That klagte N. über heftigen Kopfschmerz, ging aber sichern Schrittes noch drei Kilometer weit nach Hause. Hier legte er sich auf die Ofenbank. Nach einer Stunde stieg er eine Treppe in die Schlafkammer hinauf; nach einer Viertelstunde brach er ohnmächtig zusammen, begann zu röcheln und immer länger aussetzend zu athmen, und war 13 Stunden nach der Verletzung eine Leiche. — Die Sektion ergab, dass N. einer Hirnlähmung infolge von Gehirndruck durch Blutextravasat erlegen war, es hatte ein Stückbruch des oberen dünnen, kaum zwei Millimeter im Durchschnitt messenden Schuppentheiles des rechten Schläfenbeines stattgefunden. Von dem 5 Centimeter langen und 2 Centimeter breiten eingebrochenen Knochenstück strahlte ein Spaltbruch nach oben und hinten in einer Länge von 7 Centimeter in das Scheitelbein aus, ein anderer durchtrennte von dem untern Rande des Bruchstücks ausgehend das Keilbein bis in den Türkensattel. Längs dieser Zusammenhangstrennungen war die harte Hirnhaut vom Knochen los und nach innen gedrängt durch ein schwarzblau verfärbtes Blutgerinnsel, das in seiner Hauptmasse über dem rechten Schläfenlappen des Gehirns sass. Dieser war genau entsprechend der durch den Erguss entstandenen Wölbung muldenförmig vertieft und dadurch die Gehirnwindungen abgeflacht. — An der Stelle, an welcher die tödtende Gewalt eingewirkt hatte, war keinerlei Verletzung der äusseren Weichtheile, insbesondere keine Schürfung der Oberhaut, keine Beule oder Blutunterlaufung zu entdecken. Die Kopfschwarte war unversehrt und erst in dem Temporalmuskel fanden sich gequetschte und blutig durchtränkte Muskelbündel. —

II. Im Juli 1874 erhielt ein 29jähriger kräftiger, gesunder Küfer bei einer Schlägerei von einem Burschen mit einem Stock, welcher einen wallnussgrossen, umflochtenen Bleiknopf hatte, einem sog. Todtschläger, einen anscheinend leichten Schlag an die linke Schläfe. Nach der That bot der Verletzte nicht die geringste Erscheinung und besprach mit seinem Begleiter den Fall, wobei dem Letzteren nur auffiel, dass er sich nicht ausreden liess, während des Streites einen scharfen Pfiff gehört zu haben. Der Begleiter versicherte auf das Bestimmteste, selbst nicht gepfiffen zu haben und auch keinen Pfiff gehört zu haben. Der Verwundete legte noch einen Weg von 5 Kilometer zurück, ass mit seinen Hausgenossen zu Nacht, besorgte die Viehfütterung und ging ohne jede Klage zu Bett. Am andern Morgen fand man ihn todt im Bette. — Die Sektion ergab ebenfalls keine Verletzung der Weichtheile, einen Lochbruch des an der getroffenen Stelle nur stark kartenblattdicken linken Schläfenbeines, von dem ein Spaltbruch durch das linke Keilbein ging; eine ähnliches Blutextravasat wie in dem oben erwähnten Falle, Hirn-

druck auf den linken Schläfenlappen und kein Bluterguss in den weichen Hirnhäuten und dem Gehirn.

III. Im Mai 1875 wurde ein robuster, 31jähriger Kesselflicker folgendermassen verletzt: Bei einer Prügelei liess sein Gegner aus einer Höhe von 2 Metern ein leeres Bierfässchen mit dem gewölbten Theile auf seinen mit einem Filzhute bedeckten Scheitel fallen. Der Getroffene äusserte unmittelbar danach: „Jetzt gehen wir, die schiessen" und behauptete bei Besprechung des Angriffs einen Schuss gehört zu haben. Eine halbe Stunde nach der That wurde er plötzlich bewusstlos und 5 Stunden danach war er todt. — Auch in diesem Falle bot die Scheitelgegend keine Verletzung der Weichtheile. Die Sektion ergab einen dreistrahligen Knochenbruch durch die Keilstücke des Grundbeins und ihnen entsprechend ein Blutextravasat mit Druck auf die Gehirnbasis.

Der Verf. macht besonders darauf aufmerksam, dass in keinem der drei Fälle eine unmittelbare Folge der Verletzung, wie sie eine erhebliche Gehirnerschütterung durch Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen stets bietet, beobachtet wurde. Es waren nur kleinere Arterien des Craniums durchtrennt; es konnte sich deshalb der das Gehirn durch seine Menge lähmende Bluterguss nur ganz allmählich ansammeln, und so erklärte es sich, dass im Falle I. und II. der Verletzte noch grössere Wegstrecken sicheren Trittes zurücklegen, im Falle II selbst Arbeit verrichten konnte. Charakteristisch sind ferner in den beiden letzten Fällen die Gehörsillusionen, insofern als der Sprung, den das Knochengerüst des Gehirnorgans erlitt, als scharfer Pfiff und als Schuss empfunden wurde. — Das K. Medizinalkollegium fügt dazu noch folgende Bemerkung hinzu:

In den beiden ersten der drei aufgeführten Fälle begegnet man auch der schon vielfach beobachteten Thatsache, dass bei Verletzten dieser Art, so lange sie in aufrechter Stellung verbleiben — nach Hause gingen, stehend Arbeit verrichteten u. s. w. — keine Hirndrucksymptome hervortraten, und dass diese erst sich zeigten, nachdem die Verletzten zu Bett gegangen waren, bezw. eine wagerechte Lage angenommen hatten. In dieser Lage ist der Blutdruck in den Hirngefässen ein grösserer als in aufrechter Stellung und dann das aus zerrissenen kleineren Arterien dringende Blut eher im Stande, den ihm im Schädelraum entgegenstehenden Widerstand zu überwinden. Es ist ja deshalb auch schon vorgeschlagen worden, solche Verletzte nicht in Bettlage zu verbringen.

Die Resorptionsgesetze für Medikamente und die maximalen Dosen des Arzneibuches.

Von Professor Dr. L. Lewin-Berlin.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift.)

Toxikologische Fragen stehen im Mittelpunkt des Tagesinteresses. Verfasser beginnt diese sehr bemerkenswerthe Abhandlung mit der Erwähnung der Thatsache, dass in den verschiedenen Pharmakopöen der civilisirten Länder weder die Auswahl noch die gesetzmässig normirten Dosen der giftigen Stoffe übereinstimmten, obgleich doch die Giftigkeit eine internationale Funktion gewisser Stoffe darstelle und die medizinische Weltliteratur eine so grosse Fülle von toxikologischem Material darbietet, dass sich auf Grund derselben eine feste, allgemeine Norm auffinden liesse. — Bei einer Neubearbeitung der deutschen Pharmakopöe müsste Manches geändert werden.

Für die Auswahl der mit einer Maximaldosis zu belegenden Stoffe stellt Verfasser folgende Grundsätze auf:

1. Jede in Apotheken vorräthig gehaltene Arzneimischung, die ein maximal dosirtes Medikament enthält, ist ebenfalls maximal zu dosiren.
2. Jeder Arzneistoff ist maximal zu dosiren, der nachweislich durch Zersetzung, Paarung oder andere Vorgänge eine maximal dosirte Substanz im menschlichen Körper bildet.

Als Beispiele für diese Forderung führt er Jod und Quecksilber an.

Die Höhe und die Verbrauchszeit der maximalen Dosen des Arzneibuches müssten einer gründlichen Generalrevision unterzogen werden.

Das Verhältniss der Einzel- und Tagesdosen müsste einheitlicher als bisher gestaltet werden; es müsste eine mindeste Zeitspanne festgesetzt werden, in welcher der Aufbrauch des verschriebenen, mit einer maximalen Tagesdosis versehenen Mittels gestattet ist. — Für die verschiedenen Resorptionsorte eines Medikamentes seien verschieden hohe Gaben zu normiren. In der Formulirung der Resorptionsgesetze stützt sich Verfasser auf eigne zum Theil noch nicht veröffentlichte Untersuchungen, und kommt dabei zu folgenden Feststellungen: In der Resorptionsgrösse sind unter sonst gleichen Verhältnissen annähernd gleichzusetzen: Magen, Mastdarm, Uterus und Vagina, Brusthöhle, Bauchhöhle, Unterhautzellgewebe, grössere Haut- und Muskelwunden.

Folgende markante Beispiele führt der Verfasser an als Beweis, dass die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der maximalen Dosen zum Theil in sich mit Widersprüchen behaftet sind:

„Wer per os oder per rectum mehr als 0,02 g Sublimat, oder 0,02 g Hydrargyrum bijodatum oder 0,1 g Karbolsäure oder 0,05 g Cocainsalz verabfolgt, kann, wenn es dem Kranken Schaden bringt, eventuell mit dem Strafrichter in Kollision kommen.

Dagegen darf man ungestraft 0,5—2 g Sublimat in Gestalt von 1—2 l einer Sublimatlösung (1 : 1000 oder 1 : 2000) in den Uterus bringen.

Ungestraft darf man 0,05—0,1 g Hydrargyrum bijodatum mit Jodkalium in Wasser gelöst in zerstäubter Form in den Kehlkopf bringen.

Ungestraft darf man einen oder mehrere Liter einer 1 prozentigen Karbollösung, also 10 g und mehr Karbolsäure in den Pleuraraum oder die Bauchhöhle bringen.

Ungestraft darf man auch in die Urethra oder die Nase 0,1 g und viel mehr Cocaïn bringen.

Wer per os oder per rectum mehr als 0,02 g Jod oder 0,005 g Veratrin oder 0,05 g Canthariden oder 0,2 g Tartarus stibiatus einführen lässt, kann eventuell einer Anklage wegen Körperverletzung oder fahrlässiger Tödtung entgegensehen.

Ungestraft darf man dagegen eine beliebig grosse Menge Jodtinktur oder 0,01 g und mehr Veratrin in alkoholischer Lösung auf die Haut bringen, obschon aus alkoholischen Lösungen Gifte durch die Haut leicht und schnell aufgenommen werden. Am besten lässt sich dies darthun, wenn man auf diesem Wege Blutgifte zur Resorption bringt. In einer demnächst erscheinenden experimentellen Untersuchung werde ich erweisen, dass dieser Resorptionsweg schon nach Minuten Zersetzungsprodukte des Blutfarbstoffes im Blute erscheinen lässt, falls man Blutgifte angewandt hat.

Ungestraft darf man Fructus Sabadillae, die früher zu 0,25 g maximal dosirt waren, undosirt auf den durch Kratzen infolge von Läuseanwesenheit wund gemachten Kopf aufstreuen, obschon das Veratrin aus dieser Droge von der Wundfläche resorbirt wird.

Ungestraft darf man Spanischfliegenpflaster beliebiger Grösse auf die Haut legen, obschon ein Vielfaches der maximalen Dosis der Canthariden dabei zur Resorption kommt, und Unguentum Tartari stibiati darf man so lange auf den Schädel in Salbenform aufbringen, bis derselbe zerstört ist und dabei eine die maximale Tages- resp. Wochendosis weit übersteigende Menge in die Blutbahn eingetreten ist.

Bestraft kann werden, wer über 0,5 g Chloroform pro dosi oder 1,0 g pro die, per os oder per clysma verschreibt, und dadurch dem Kranken nachweislich Schaden zufügt.

Ungestraft darf man von der sehr viel besser resorbirenden Lunge den Dampf selbst von 80 g Chloroform eintreten lassen.

Gefährdet, angeklagt zu werden, ist Derjenige, der Jodoform zu mehr als 0,2 g innerlich oder per clysma verordnet und den Kranken dadurch vergiftet hat.

Unbedroht ist jedoch Derjenige, der beliebig viel Jodoform in Wunden bringt, oder in den Kehlkopf insufflirt."

Arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus.

Von Dr. Georg Sticker.

(Münchener Medizin. Wochenschr. 1885, No. 28.)

Verf. knüpft an den vom Prof. Binz veranlassten Zusatz zur Tabelle A. des amtlichen deutschen Arzneibuches an, welcher bestimmt, dass eine stark wirkende Arznei die für sie festgesetzte Maximaldose auch dann beibehält, wenn ihre Einverleibung statt auf dem gewöhnlichen Wege durch den Mund in Form des Klystiers oder des Suppositoriums per anum oder per vaginam geschehen soll (s. auch No. 7 dieser Zeitung). Nach einem geschichtlichen Excurse über die letztgenannten Applikationsweisen von Medikamenten führt er uns ein Beispiel einer akuten Chromsäure-Vergiftung vor, das recht bemerkenswerth ist: Ein Frauenarzt hatte bei einer Patientin nach Ausspülung der Scheide mit Kochsalzlösung ein Krystallchen Chromsäure auf kleine katarrhaliche Geschwüre der portio cervicalis gebracht und darauf einen Tampon eingelegt. Nach einer Stunde bekam die Frau einen furchtbaren Lendenschmerz, Pulslosigkeit, Frost, dem alsbald Diarrhoe und Würgen folgten, dazu steigende Brechneigung und grossen Durst, gleichzeitig fühlte sie ein trockenes Brennen in der Scheide. — Nach Entfernung des Tampons, der gelbbraun gefärbt war, fand sich eine vollkommen ausgetrocknete, gerunzelte, mit einem gelben Schorf ausgekleidete Scheide. Der Urin enthielt Blut, Epithelien und Eiweiss. — Nach Ausspülung der Scheide, Genuss von starkem Kaffe und Chamillenthee und Darreichung von 15 Tropfen Opiumtinktur stellte sich Schlaf und Genesung ein; eine dauernde Läsion blieb weder an der Scheide, noch am Darm, noch an den Nieren zurück.

Ein Fall von Carbolvergiftung bei der rituellen Beschneidung.

Von Dr. Josef Bogdanik-Biala.

(Wiener Medizin. Presse, 1895, No. 33.)

Vom Tempeldiener wurde am 19. April 1895 bei einem bis dahin ganz gesunden Kinde die rituelle Beschneidung in Form der Circumcision vorgenommen und darauf das Glied mit in fünfprozentiges Carbolwasser getauchter Watte verbunden. Die Hebamme, welche bei der rituellen Ceremonie nicht anwesend war, erneuerte am 20. April früh und Abends den Verband, wozu sie auf Anordnung des Beschneiders fünfprozentiges Carbolwasser verwendete. Es fiel ihr schon beim ersten Verbandwechsel auf, dass die Windeln mit einer schwarzen Flüssigkeit beschmutzt waren; sie erwähnte davon der Mutter des Kindes, legte aber diesem Umstande keinen Werth bei. Am 21. April früh 7 Uhr bemerkte der herbeigerufene Arzt alsbald eine dunkelviolette Verfärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Am Gliede fand er nicht mehr die Carbolwatte, sondern einen mit einer weissen (Zink-) Salbe bestrichenen Lappen. Während der Untersuchung hatte das Kind einen dunkelgrünen Urin gelassen. Dieses erweckte den Verdacht, dass eine Carbolintoxikation vorlag; er verordnete dementsprechend Wein und Natr. sulf. (5 : 100,0). Aber unter Zunahme der Temperatur und der Pulsbeschleunigung, klonischen Krämpfen an Händen und Füssen, Trismus und grosser Unruhe verschied das Kind am selben Tage um 1 Uhr Nachmittags. Die am nächsten Tage vorgenommene Obduktion ergab folgenden charakteristi- Befund: Die ganze Körperoberfläche war schmutzig cyanotisch verfärbt und mit kleinen Bläschen bedeckt; ein dunkelbrauner Schorf bedeckt den cirkulären Schnitt an der Vorhaut. Die Oberfläche der Lunge ist marmorirt, mit kleinen, schwarzen Punkten gleichsam wie mit Mohn bedeckt. Diese Punkte sind auf der ganzen Pleura pulmonalis zerstreut und gruppiren sich über den Lungenspitzen traubenartig; an der pleura costalis fehlen sie. Am Durchschnitte sieht man, dass diese Flecke etwas ins Parenchym der Lunge reichen. Die Lungenvenen strotzend gefüllt mit dunklem, dickflüssigem Blute. In den Herzkammern fast pechschwarzes Blutgerinnsel. Die Nieren sind traubenartig, am Durchschnitte sieht man, dass einzelne Pyramiden stark mit Blut unterlaufen sind. In der Blase waren nur wenige Tropfen Urin von dunkelgrüner Farbe vorhanden. Auf der Schleimhaut der Blase sah man zahlreiche, sternförmige Blutunterlaufungen. — Verf. will bei der Besprechung dieses Falles die toxische Wirkung der Carbolsäure, wenn sie absichtlich oder durch Zufall innerlich genommen wird, weniger berücksichtigen, als besonders auf die Gefahren beim äusserlichen Gebrauch aufmerksam machen. Er betont, dass die Carbolsäure einen starken lokalen Reiz ausübe nicht nur auf die Haut, sondern auch auf die tieferen Gewebe. Ausser Eczemen entstehen bei länger andauernder Applikation selbst schwacher (3 % sogar 2 %) Lösungen, besonders an peripheren Körpertheilen bei dazu disponirten Personen schwere Ernährungsstörungen der Haut, sogar der Knochen, die sogenannte Carbolgangrän. — Verf. erinnert dann an die mehrfach in der Literatur berichteten Carbolvergiftungen, und warnt besonders vor der Anwendung dieses Mittels bei Kindern selbst in der Form von Carbolwatte. Er wünscht, dass Hebammen der Gebrauch der Carbolsäure ganz untersagt werde, und fordert, dass ihr Vertrieb im Handverkauf verboten werde.

Ueber Chloroform- und Aether-Narkose.

Eine experimentelle Untersuchung. Von Dr. H. Kionka.

(Archiv für klinische Chirurgie, Band L, Heft 2.)

Es unterliegt keinem Zweifel, dass unsere wichtigsten Inhalations-Anaesthetica, das Chloroform wie der Aether, zu den für den Thierkörper durchaus differenten Stoffen gehören. Für die Wirkung solcher Mittel auf den Organismus ist jeweils das Massgebende die Dosis, in welcher sie verabreicht werden; also muss man, um eben die verschiedenen Wirkungen zu erkennen, zunächst exakt und nach Belieben verschieden dosiren können. Das ist aber bei Mitteln, welche dampfförmig, mit Luft vermischt, aufgenommen werden, selbst im Experiment sehr schwer zu erreichen. Infolge dessen giebt es — nach Angabe des Verfassers — bisher keine Arbeiten, welche den Einfluss bestimmter Mengen von Chloroform bezw. Aether, dem Thierkörper per inhalationem einverleibt, umfassend behandeln. Die wenigen bisher veröffentlichten Studien darüber sind einseitig und lückenhaft.

Der Verfasser hat nun einen Apparat konstruirt, welcher beim Thierversuche eine genaue und wechselnde Dosirung der Narcotica, zugleich aber auch die Messung von Blutdruck und Respiration ermöglicht. Die Thiere athmen ein Gemisch von reiner Luft (a) und mit dem Dampfe des Narkotikums gesättigter Luft (b). Durch eine sinnreiche Verbindung der Gasuhr, welche die Menge von a kontrolirt, mit dem Apparat, der b liefert, halten a und b sich stets, ob das Thier tief oder flach inspirirt,

proportional, d. h. b ist immer ein bestimmter Prozentsatz von a, den zu verändern aber der Experimentator vermag.

Mit dieser Vorrichtung wurden Versuche an zwölf Thieren — aus äusseren Gründen nur Kaninchen — gemacht.

Bei beiden Narcoticis lag die Dosis, welche reaktionslose tiefe Betäubung hervorbrachte, relativ niedrig und schwankte individuell bedeutend: bei Aether zwischen 2,1 und 7,8 Vol.-Proz., bei Chloroform zwischen 0,5 und 1,3 Vol.-Proz. Es erhellt aus diesen Zahlen, dass das Formylchlorid schon in viel geringerer Konzentration als der Aether wirksam ist. Ausser dieser Differenz aber, die altbekannt ist, ergab sich eine Reihe anderer, eminent wichtiger Verschiedenheiten:

Aether beeinflusste nie vor oder beim Eintritt der Narkose Cirkulation und Athmung ungünstig, sondern stets relativ viel später — Chloroform wirkte auf beide Funktionen spätestens bei Eintritt der Narkose schädlich, so dass häufig der Moment der Betäubung mit dem der Asphyxie geradezu identisch war. (Die Athmung litt stets zuerst, der Blutdruck erst nachher.) Bei Aether konnte über die kleinste wirksame Quantität des Narkotikums ziemlich weit hinausgegangen werden, ohne dass das Leben gefährdet wurde, bei Chloroform gefährdete oder tödtete schon ein geringes Uebermass. Deshalb war die individuelle Verschiedenheit der erforderlichen Menge hier bedeutsamer als dort; denn wenn das eine Thier beispielsweise durch 1 Vol.-Proz. Chloroform noch nicht betäubt wurde, konnte das andere daran zu Grunde gehen. Ausserdem war es möglich, ohne die Narkose zu stören, dass beim Aether eine Verringerung der Gabe nach Eintritt der Betäubung etwa beginnende Störungen des Blutdrucks und der Athmung wieder aufhören liess; dagegen steigerten sich bei Chloroform die eintretenden Collapserscheinungen, auch wenn man die Dosis verringerte; nur totales Intermittiren der Chloroform-Dampf-Inhalation half dann. Andererseits steht der Aether isolirt da mit der durch ihn bewirkten Verstärkung der Sekretion (auch an Schleimhäuten, die er, wie Conjunctiva und Mundschleimhaut, nicht direkt berührt).

Es fragt sich nun, welche Schlüsse aus diesen Thierversuchen auf die Anwendung beider Narcotica beim Menschen zu ziehen sind. Sicher ist ja, dass man vom Kaninchen auf den Menschen nicht ohne Weiteres folgern darf. Immerhin weist wenigstens für den Aether auf eine gewisse Gleichartigkeit der Wirkung die Thatsache hin, dass von ihm zur Narkose ein ebenso grosser Prozentgehalt beim Menschen wie beim Kaninchen und anderen Thieren erforderlich ist. (Dass Versuche an anderen Spezies günstiger bezüglich des Chloroforms oder ungünstiger bezüglich des Aethers ausfallen werden, ist kaum vorzusehen: Hunde, Katzen und kleinere Thiere vertragen nach den bisherigen Erfahrungen Aether recht gut und Chloroform mehr oder weniger schlecht. Ref.)

Wenn aber die Beobachtungen K.'s auch nur annähernd für den Menschen zutreffen, so giebt die vorliegende Arbeit zu zwei wichtigen Folgerungen Anlass: sie räumt dem Aether mit seiner „breiteren Narkotisirungszone" und geringen Schädlichkeit für lebenswichtige Funktionen ein weiteres Feld gegenüber dem Chloroform ein als er noch jetzt besitzt, und sie mahnt gleichzeitig zu grosser Vorsicht und der Ausbildung einer besseren Methodik in der Darreichung beider Stoffe, ganz besonders wieder des Chloroforms.

Für den medizinischen Sachverständigen wird ein Ausbau der hier angebahnten Forschungen speziell angesichts der nicht allzu seltenen Fälle Interesse haben, in welchen Aerzte oder andere Personen wegen fahrlässiger Tödtung durch Narcotica zur Verantwortung gezogen werden. Es ist sicher erstrebenswerth, dass man dahin gelange, auf Grund umfassender Beobachtungen eine bestimmte Art der Einverleibung solcher Körper und gewissermassen ein Innehalten der Maximaldosis zu fordern. Die Untersuchungen K.'s bedeuten einen guten Schritt nach diesem Ziele hin. Fritz Leppmann.

Trauma und Unfallversicherungsgesetz.

Von Dr. Schilling-Querfurt.

(Deutsche Medizinal-Zeitung, 1895. No. 66.)

Verf. will die Frage behandeln, welchen umgestaltenden Einfluss die genaue Verfolgung der Unfälle auf die Lehren der Medizin in den verflossenen elf Jahren der Wirkung des Unfallversicherungsgesetzes ausgeübt hat. — Drei Gruppen von Krankheiten seien besonders in dieser Beziehung hervorzuheben. Dahin rechnet er die traumatischen Nervenstörungen, die traumatische Tuberkulose und das traumatische Neoplasma. — Verf. führt in Bezug auf diese Erkrankungen die in dieser Zeitung ausführlich referirte Literatur über die genannten Krankheiten an und kommt zu dem Schluss, dass der Arzt dem Richter gegenüber in vielen derartigen Fällen nur von einer Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit reden könne. Der Arzt solle nie vergessen, „dass trotz der Kenntniss des Tuberkelbacillus die traumatische Phthise der hereditären gegenüber selten ist, und dass bei der Unkenntniss der lokalen Disposition zum Neoplasma das traumatische Neoplasma nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen erwiesen werden kann."

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Traumatische Neurasthenie in Folge eines Armbruchs.

Das Reichs-Versicherungsamt beendigte letzthin einen schwierigen Rechtsstreit, welchen der Maurer Erichson gegen die Hessen-Nassauische Baugewerks-Berufsgenossenschaft begonnen hatte. Am 23. September 1892 erlitt Erichson im Betriebe einen Bruch des linken Vorderarmes und erhielt alsdann von der erwähnten Berufsgenossenschaft die volle Rente. Eine hinzutretende Nervenentzündung verschlimmerte den Zustand des Verletzten noch erheblich; auch durch eine längere Zeit andauernde Spezialbehandlung war das Befinden der Verletzten nicht wesentlich zu ändern. Die Berufsgenossenschaft glaubte dies dem Mangel an Energie beimessen zu können, an der es Erichson im Laufe seiner Behandlung habe fehlen lassen. Dr. Auerbach in Frankfurt a. M. hatte sich dahin geäussert, dass der Zustand des Erichson sich etwas gebessert habe. Die Besserung würde aber viel erheblicher sein, wenn der Verletzte mehr zu üben hätte. Die Berufsgenossenschaft ertheilte alsdann dem Erichson eine Verwarnung und drohte die Kur abzubrechen, wenn letzterer auch fernerhin die eingeleitete Behandlung nicht unterstütze. Die gegen diesen Bescheid eingelegte Berufung zog Kläger Erichson wieder zurück. Nicht lange danach konstatirte Dr. Auerbach, dass die Besserung des Erichson keine Fortschritte mache, da der Verletzte es an jeder Energie fehlen lasse und Uebungen nicht mehr anstelle; von einer ferneren Behandlung des Verletzten könne man sich keinen Erfolg mehr versprechen. Doch sei der leidende Arm bis zur Hälfte der normalen Gebrauchsfähigkeit hergestellt. Demnach hat die Berufsgenossenschaft die Rente des Erichson vom 1. Januar 1894 ab auf die Hälfte der vollen Rente herabgesetzt. Gegen diesen Bescheid legte Erichson frühzeitig Berufung beim Schiedsgericht in Frankfurt a. M. ein, bezeichnete den ihm gemachten Vorwurf für unberechtigt und behauptete, nach wie vor völlig arbeitsunfähig zu sein. Das Schiedsgericht vernahm darauf den Sanitätsrath Dr. Grandhomme, welcher den fraglichen Arm für gelähmt, atrophisch und werthlos bezeichnete und sich dahin äusserte, dass für

den Kläger eine Rente von 50—60 Prozent angemessen erscheine. Das Schiedsgericht erklärte dann Dr. Auerbachs Gutachten für nicht zutreffend, da das in Frage kommende Glied fast unbrauchbar sei; dieser Zustand erfordere eine weitgehende Berücksichtigung, dem Kläger seien daher 60 Prozent Rente zu gewähren. Gegen diese Entscheidung legte Kläger Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und machte geltend, dass in Folge des Unfalls nicht nur sein Arm unbrauchbar, sondern auch der ganze Körper zerrüttet sei. Das Reichs-Versicherungsamt forderte sodann von Dr. Knoblauch, dem Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M., wo Erichson über zwei Monate behandelt und Tag und Nacht beobachtet worden war, ein Gutachten ein. Dr. Knoblauch gelangte hier zur Ueberzeugung, dass die Folgen des Unfalls sich über den ganzen Organismus des Klägers erstrecken und denselben ganz erwerbsunfähig machten. Die Beklagte machte aber vor dem Reichs-Versicherungsamt geltend, Kläger sei in lustiger Gesellschaft und auch in sozialistischen Versammlungen gesehen worden, wo nichts von der im Krankenhaus beobachteten Stupidität zu bemerken gewesen wäre. Dr. med. Laquer bekundete auch, er habe den Kläger munter und guter Dinge in lustiger Gesellschaft gesehen. Sodann überwies das Reichs-Versicherungsamt den Kläger auf Vorschlag des Prof. Dr. Fuchs einer Provinzial-Irrenanstalt, wo bei Erichson zweimal Krampfanfälle konstatirt wurden. Auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts beauftragte die Direktion der Irrenanstalt den Privatdozenten Dr. E. Schulze mit der Erstattung eines Gutachtens; derselbe kam nach eingehender Untersuchung des Klägers zur Ansicht, dass letzterer in Folge des Unfalls an traumatischer Neurasthenie leide und völlig erwerbsunfähig sei. Die Berufsgenossenschaft beantragte noch die Einholung eines Gutachtens von Prof. Dr. Fuchs, da Dr. Knoblauchs Gutachten Widersprüche enthalte und Dr. E. Schulze keine Autorität sei. — Das Reichs-Versicherungsamt sah jedoch die Angelegenheit auf Grund der Gutachten des Dr. Knoblauch und des Dr. E. Schulze für völlig geklärt an, hob die Entscheidung des Schiedsgerichts Frankfurt a. M. auf und verurtheilte die Beklagte, an den Kläger Erichson die volle Rente zu zahlen, da er in Folge des Unfalls in seinem ganzen Organismus so geschädigt sei, dass er nichts mehr verdienen könne. M.

Ansteckung im Krankenhause — Folge des Unfalls.

Am 16. Juni 1894 hat der Berginvalide Wilhelm D. zu Huckarde auf Zeche Zollern eine Fraktur des linken Unterschenkels erlitten. Während der Behandlung im Krankenhause zu Kirchlinde erkrankte D. an Kopfrose, was seine vollständige Erblindung zur Folge hatte. Der Sektionsvorstand bewilligte die Rente von 50 Prozent, das Schiedsgericht dagegen erkannte auf Vollrente. Der vom Genossenschaftsvorstande gegen diese Entscheidung eingelegte Rekurs wurde aus nachstehenden Gründen zurückgewiesen:

Der ursächliche Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall und der Verletzung beziehungsweise dem Tode eines Versicherten ist nicht nur dann gegeben, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache der Körperbeschädigung ist, diese also aus den unmittelbaren Folgen des Unfalls nach der Körperbeschaffenheit des Verletzten sich von selbst entwickelt, sondern auch dann, wenn die Körperbeschädigung nur eine mittelbare Folge des Unfalls ist, sei es in der Weise, dass dieselbe ihren Grund hat in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Maasse begünstigt worden ist; oder in der Weise, dass die Körperbeschädigung durch besondere, äusserlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebniss wesentlich mitbestimmenden Maasse ausgesetzt worden ist.

In vorliegendem Fall steht nun allerdings fest, dass der Kläger durch den von ihm erlittenen Unfall und dessen unmittelbare Folgen an sich der Gefahr, an Kopfrose zu erkranken, keineswegs in erhöhtem Maasse ausgesetzt worden ist. Ebenso ist es als ausgeschlossen zu erachten, dass die Erblindung des Klägers auf den Betriebsunfall wenigstens mittelbar insofern zurückgeführt werden könne, als der bösartige Verlauf der Kopfrose durch eine in Folge des Unfalls etwa eingetretene Schwächung der körperlichen Widerstandsfähigkeit des Klägers wesentlich bedingt worden sei. Dagegen hat auch das R. V. A. auf Grund der vom Professor Dr. S. in Bonn abgegebenen Gutachten vom 13. April und 4. Mai 1894 die Ueberzeugung gewonnen, sowohl, dass die Infektion des Klägers durch Erysipelas-Bazillen während seines Aufenthaltes im Krankenhause in Kirchlinde stattgefunden hat, als auch, dass die Infektion höchst wahrscheinlich nicht erfolgt wäre, wenn der Kläger sich nicht im Krankenhause befunden hätte, das heisst, dass die besonderen Verhältnisse in dem letzteren die Infektion hervorgerufen oder wenigstens in ausserordentlichem Maasse begünstigt haben. Diese Feststellung ist aber vom Schiedsgericht mit Recht unter zutreffender Begründung, welcher sich das Rekursgericht nur hat anschliessen können, als ausreichend erachtet worden, um den erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zu begründen. Die von der Beklagten angeordnete Unterbringung des Klägers in dem Krankenhause, welcher er sich ohne die Gefahr eines Rechtsnachtheils nach Lage des Gesetzes nicht entziehen konnte, stellt sich als eine aus dem Betriebsunfall fliessende Maassnahme, also als eine Folge des Unfalls dar, und diese Maassnahme war es, welche unter den Verhältnissen des vorliegenden Falles nicht blos den äusseren Anlass für die Erkrankung an Kopfrose, sondern die wesentlich hierzu mitwirkende Bedingung bildete. Die Gefahr, durch Erysipelas-Bazillen infizirt zu werden, war für den Kläger während seines Aufenthaltes in dem Krankenhause eine über die Gefahr des gewönlichen Lebens weit hinausgehende (zu vergleichen dagegen die von der Beklagten angezogene Rekursentscheidung 664, Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1889 Seite 154, wo nach der besonderen Lage des Falles diese Voraussetzung nicht als gegeben angenommen wurde).

Hiernach war die Beklagte für verpflichtet anzusehen, für die aus dieser Gefahr sich ergebenden Folgen, als mittelbare Folgen des Unfalls, einzutreten. Die dem Kläger vom Schiedsgericht gewährte Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit ist von der Beklagten an sich nicht bemängelt worden, giebt übrigens auch zu Bedenken keinen Anlass, da fest steht, dass der Kläger völlig erblindet ist. (Kompass.)

Nachweis von anrechnungsfähigen Krankheiten.

Aus den Kreisen der Versicherten sind bei dem Reichs-Versicherungsamt mehrfach Klagen darüber laut geworden, dass ihnen bei der beantragten Eintragung von Vermerken über Zeiten anrechnungsfähiger Krankheit (§ 17 Absatz 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes) Schwierigkeiten bereitet, insbesondere von ihnen, wenn sie einer Krankenkasse u. s. w. nicht angehören und daher von einer solchen keine Bescheinigung nach § 18 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes beibringen können, ärztliche Atteste als nothwendig erfordert würden. Das Reichs-Versicherungsamt hat die Beschwerdeführer in einem Bescheide vom 30. März 1895 auf den vorgeschriebenen instanziellen Weg verwiesen, dabei

jedoch seiner eigenen Auffassung in folgender Weise Ausdruck gegeben:

Nach Ziffer 18 der preussischen Ministerial-Anweisung, betreffend das Verfahren bei der Ausstellung und dem Umtausch, sowie bei der Erneuerung (Ersetzung) von Quittungskarten, vom 17. Oktober 1890 soll in solchen Fällen zum Nachweise der Krankheit die Bescheinigung der Gemeindebehörde genügen, die Beibringung sonstiger Nachweise jedoch nicht ausgeschlossen sein. Als Zeugnisse dieser Art werden ärztliche Atteste und Zeugnisse von Krankenhäusern über die Krankheit nur beispielsweise aufgeführt. Zahlreiche Versicherte nun müssen sich zur Vermeidung von Kosten ohne einen Arzt behelfen oder vermögen doch, wenn sie einen solchen zuziehen, denselben nicht während der ganzen Dauer der Krankheit beizubehalten, so dass der Arzt über diese Dauer ein Attest nicht ausstellen kann. Für diese Personen entstehen, wenn auf der Vorlegung eines ärztlichen Attestes als unerlässlich bestanden wird, grosse Unzuträglichkeiten. Dazu kommt, dass der mit der Beschaffung eines Arztattestes verbundene Zeitverlust und Lohnausfall sowie die Kosten des Attestes unter Umständen den Werth der Krankheitsbescheinigung weit überwiegen können. Es dürfte daher sowohl der Absicht des Gesetzes wie auch der angezogenen Anweisung vom 17. Oktober 1890 entsprechen, wenn es in Fällen dieser Art dem Versicherten nachgelassen wird, das Vorliegen und die Dauer einer Zeit anrechnungsfähiger Krankheit in anderer, hinlänglich sicherer Weise zu belegen, etwa durch ein Zeugniss seines Hauswirths oder sonstiger glaubwürdiger Personen, die in der Lage sind, aus eigener Wissenschaft über jenen Punkt Auskunft zu ertheilen.

Auf die vorstehende Anregung hin hat nunmehr die Polizeibehörde einer grossen Stadt, in deren Bezirk ein Beschwerdefall vorgekommen war, den ihr unterstellten Organen die oben hervorgehobenen Gesichtspunkte zur Kenntnissnahme und Beachtung mitgetheilt, um weitere Klagen aus dem Kreise der Versicherten zu vermeiden.

Aus dem Königl. Bayerischen Landesversicherungsamt.

Voraussetzungen zur Annahme eines Betriebsunfalls beim Entstehen eines Bruchleidens während der Betriebsarbeit.

Ein 56 Jahre alter Holzhauer hat sich im Januar 1894 beim Heben eines von ihm gefällten Kiefernstammes im mittleren Durchmesser von 15—18 cm einen doppelten Leistenbruch zugezogen. Nach seiner Angabe hatte er dabei ein Gefühl, als ob ihm im Unterleibe Etwas geplatzt wäre, empfand eine momentane Uebligkeit, von der er sich jedoch bald wieder erholte, während der Schmerz im Unterleibe fortdauerte. Er setzte seine Arbeit an diesem und dem nächstfolgenden Tage fort, musste aber dann aussetzen, arbeitete hierauf wieder einige Tage und begab sich schliesslich zu einem Arzte, der das Vorhandensein eines doppelten Leistenbruches konstatirte. Die betheiligte land- und forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft lehnte den Entschädigungsanspruch ab, weil nicht nachgewiesen worden sei, dass der Bruch bei der forstwirthschaftlichen Betriebsarbeit entstand, weil durch Tragen eines passenden Bruchbandes die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgehoben werde, und endlich weil in dem Heben und Schleifen von Baumstämmen eine mit aussergewöhnlicher Anstrengung verbundene Beschäftigung nicht erblickt werden könne. Die Berufung zum Schiedsgericht wurde von diesem als unbegründet abgewiesen, jedoch lediglich aus dem Grunde, weil das Heben und Schleifen von Baumstämmen im Durchmesser von 15—18 cm nicht mit einer aussergewöhnlichen Kraftanstrengung verbunden sei und den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit nicht übersteige. Der hiergegen eingelegte Rekurs wurde zunächst damit begründet, dass der Rekurskläger früher keine Bruchanlage gehabt habe, und dass bei der erstmaligen Untersuchung nach dem Unfall der Bruch sich als frisch und in Folge eines traumatisch wirkenden Ereignisses eingetreten darstellte. Ausserdem wurde geltend gemacht, dass sich der Kiefernstamm in den Zweigen der Nachbarstämme verwickelt gehabt, dass sich dadurch sein Gewicht erhöht und sich für den Rekurskläger die Nothwendigkeit ergeben habe, eine ausserordentliche Kraftanstrengung zu machen. Im Uebrigen ergeht sich die Rekursschrift lediglich in einer Kritik über die rigorose Gesetzesauslegung und die Definition, welche der Begriff des Betriebsunfalles durch die Rekursinstanzen erfahren habe, sucht ferner darzuthun, dass diese Definition der Absicht des Gesetzgebers widerspreche und macht noch geltend, dass in einzelnen Fällen die Rechtsprechung selbst wieder von dieser Begriffsfeststellung abgewichen sei.

Das königliche Landesversicherungsamt gelangt zu folgender Würdigung dieses Rekursvorbringens: Vor Allem ist der gegen die konstante Rechtsprechung des Reichs- und Landesversicherungsamtes erhobene Vorwurf der Rigorosität zurückzuweisen. Der Rekurskläger selbst hat Entscheidungen angeführt, welche dafür sprechen, dass die höchsten Instanzen auf dem Gebiete der Unfallversicherung in jedem einzelnen Falle auch den Anforderungen der Billigkeit Rechnung tragen, wenn und soweit die gesetzlichen Bestimmungen es zulassen. Wenn der Rekurskläger annimmt, dass sich die Rechtsprechung mit der Absicht des Gesetzgebers in Widerspruch befinde, so vermag er diese seine Anschauung nicht nur nicht nachzuweisen, sondern er setzt sich selbst mit dem klaren Wortlaute des Gesetzes und mit der Theorie in Widerspruch. Nach § 1 des land- und forstwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes vom 5. Mai 1886 wird eine Versicherung nur gegen Betriebsunfälle gewährt. Schon hieraus allein folgt, dass der Gesetzgeber nicht einen Entschädigungsanspruch für alle bei einem Betriebe eintretenden Nachtheile festsetzen wollte, und dass er mit dem Ausdruck „Unfall“ einen scharf abgegrenzten Begriff verbunden haben muss. Die Theorie ist ziemlich allgemein einig darüber, dass unter dem Unfalle bei einem Betriebe ein dem regelmässigen Gange des Betriebes fremdes, aber mit letzterem in Verbindung stehendes, abnormes Ereigniss zu verstehen ist, welches für Leben und Gesundheit schädlich wirkt. (Rasp: Die land- und forstwirthschaftliche Unfall- und Krankenversicherung S. 56 not. 5.) Der Unfall im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes ist jede vom Betroffenen nicht in der Absicht, sich zu beschädigen, herbeigeführte, dem Körper schädliche und plötzliche Einwirkung eines äusseren Vorganges oder Zustandes auf den menschlichen Körper. (Piloty: Reichsunfallversicherungsrecht Bd. I, S. 189.) Die Einwirkung, welche der Unfall ausmacht, muss immer in einem einzelnen, bestimmbaren, kurzen Zeitraum vor sich gehen, und fällt deshalb der allmähliche, schädliche Einfluss, den zahlreiche Beschäftigungsarten und verschiedene Umstände in Betrieben auf den menschlichen Körper ausüben, von vornherein nicht unter den Begriff des Unfalls. (Rasp a. a. O. S. 415. Piloty a. a. O. S. 187.) Schon daraus ergiebt sich, dass die Anschauung des Rekursklägers, das Gesetz wolle den verunglückten Arbeiter möglichst schützen, ihm Schutz gegen alle Gefahren des Berufes geben, in dieser Allgemeinheit nicht richtig sein kann. Das Gesetz will und muss auch die Berufsgenossenschaften gegen Ansprüche sicher stellen, die nicht in dem Zwecke der Versicherung selbst begründet sind, und wenn es auch den Begriff des Unfalles nicht definirt hat, so ist doch klar, dass es nicht jede gelegentlich einer Betriebsthätigkeit eintretende Erkrankung als einen Unfall be-

trachten wollte, weil es ausserdem einer Kranken- und Invalidenversicherung nicht mehr bedurft hätte.

Aus diesen allgemeinen Gesichtspunkten geht aber auch klar und mit Nothwendigkeit hervor, dass nicht nur die von dem Reichs- und Landesversicherungsamte festgehaltene Definition des Unfalls an sich richtig ist, sondern dass auch die Anwendung, welche davon auf die Entstehung der Bruchleiden gemacht wird, im Gesetze ihre volle Würdigung findet. Wenn der Unfall ein dem regelmässigen Gange des Betriebes fremdes, plötzlich wirkendes, schädliches Ereigniss ist, dann scheiden von vorne herein alle Bruchleiden, welche auf dem Wege organisch konstitutioneller Herausbildung aus einer bestehenden Bruchanlage entstehen, aus dem Bereiche der Anwendbarkeit des Unfallversicherungsgesetzes aus, und muss, da die innerhalb des Rahmens der gewöhnlichen Betriebsthätigkeit sich bewegende Kraftanwendung nicht ein dem gewöhnlichen Betriebe fremdes, traumatisch wirkendes Ereigniss ist, auch in jedem einzelnen Falle für die Begründung eines Entschädigungsanspruches überzeugender Beweis dafür erbracht werden, dass das Leiden von einem traumatischen Ereignisse herrührt. Dieser Beweis ist aber im vorliegenden Falle bisher nicht erbracht und kann auch durch die von dem Rekurskläger angebotenen Beweise nicht geliefert werden.

Schon der Umstand, dass der Rekurskläger nicht einmal den Tag genau weiss, an welchem er sich den Doppelbruch zuzog, spricht gegen die Annahme eines traumatischen Ereignisses und für die organische Herausbildung einer organischen Anlage. Auch ist ein plötzlicher Bruchaustritt namentlich in Folge ungewöhnlicher Anstrengung regelmässig von ganz anderen Krankheitserscheinungen, als von einer momentanen, schnell vorübergehenden Ueblichkeit und von Schmerzen im Unterleib begleitet, die nicht einmal die Fortsetzung der Arbeit hindern. Dass die beiden Brüche bei dem Heben und Schleifen eines Baumstammes entstanden sind, ist vom Schiedsgerichte bereits festgestellt, so dass es in dieser Beziehung einer weiteren Beweiserhebung nicht mehr bedarf, und insbesondere auch ein Ausspruch eines Sachverständigen darüber überflüssig erscheint, dass der Doppelbruch sich bei der Untersuchung nach dem Unfalle als ein akuter oder frischer darstellte. Wenn aber der Rekurskläger durch diesen Sachverständigen den Beweis liefern will, dass er früher keine Bruchanlage gezeigt habe, so muthet er demselben ein Gutachten zu, das er weder abgeben, noch wissenschaftlich begründen kann, weil die Bruchanlage, so lange sie sich noch nicht entwickelt hat, ein im Innern des Körpers verborgener Zustand ist, der sich der Untersuchung des Arztes entzieht. Ueberdies sind viele medizinische Autoritäten der Meinung, dass fast alle Menschen von Natur aus mehr oder minder mit einer Bruchanlage behaftet sind. Noch weniger aber kann der erwähnte Sachverständige ein Gutachten dahin abgeben, dass die Brüche des Rekursklägers durch ein traumatisches Ereigniss ausgetreten seien. Die Aerzte können selbst nicht unter allen Umständen mit Sicherheit einen neu entstandenen von einem älteren Bruche unterscheiden, geschweige denn mit Bestimmtheit angeben, durch welche Ursachen ein Bruchaustritt herbeigeführt wurde. So hat denn auch ein anderer ärztlicher Sachverständiger in der vorliegenden Angelegenheit es nur als wahrscheinlich angenommen, dass der Darmaustritt bei dem Rekurskläger „nicht sehr lange bestehe", und dass „die Entstehung durch den Unfall vom Januar 1894 nicht unwahrscheinlich sei." Aber auch abgesehen davon, dass ein Gutachten im Sinne des Rekursklägers gar nicht in Aussicht genommen werden kann, so ist nach Allem, was letzterer über den Vorfall selbst angiebt, die Annahme eines traumatischen Ereignisses geradezu ausgeschlossen. Denn das Heben und Schleifen von Baumstämmen mit einem Durchmesser von 15—15 cm gehört eben, selbst wenn sie sich beim Fallen in den Zweigen der umstehenden Bäume verwickeln, zu der gewöhnlichen Berufsthätigkeit eines Holzarbeiters und geht über den Rahmen der damit regelmässig verbundenen Anstrengung nicht hinaus, und da ein anderweitiges, äusseres Ereigniss weder behauptet, noch nachgewiesen ist, so begründet das Bruchleiden des Rekursklägers keinen Entschädigungsanspruch aus dem Unfallversicherungsgesetze. Der eingelegte Rekurs muss somit aus den angeführten Gründen als unbegründet erachtet werden. (Rek.-Entsch. vom 30. Oktober 1894, Nr. 515.)

Tagesgeschichte.

Heilgymnastik in Krankenhäusern.

Credé-Dresden tritt in einem Artikel in der „Berliner Klin. Wochenschr." warm dafür ein, dass bei jedem Krankenhause eine heilgymnastische Abtheilung errichtet werde. Am Carola-Krankenhause, welches Cr. leitet, ist eine solche Abtheilung eingerichtet, deren Kosten nur 1200 M. betragen. Seitdem Cr. bei seinen Verletzten die Heilgymnastik methodisch durchführen lässt, hatte er ganz andere Resultate in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit seiner Verletzten zu verzeichnen als früher. Allerdings gehörten dazu eine gute Ausbildung der Aerzte und des Unterpersonals in der Anwendung dieser Heilmethoden. — Im Interesse der Unfallverletzten und der Berufsgenossenschaften wäre es wünschenswerth, wenn dieser Rath befolgt würde, denn gerade das Ineinandergreifen der chirurgischen und der Nachbehandlung ist für die resultirende Gebrauchsfähigkeit verletzter Glieder von eminenter Wichtigkeit.

In der ärztlichen Leitung des Stuttgarter Medico-Mechanischen Institut ist am 1. Juli 1895 eine Aenderung eingetreten. Prof. A. Landerer, Oberarzt am Karl-Olga-Krankenhause, hat die Stelle eines konsultirenden Chirurgen am Institut übernommen. Leitender Arzt und Hausarzt ist Dr. Erwin Kirsch, bisher Oberarzt an der Heilanstalt der Norddeutschen Holzberufsgenossenschaft zu Neurahnsdorf bei Berlin.

Reorganisation des medizinischen Studiums.

Auf Veranlassung des Reichskanzlers hat am 15. Juli eine Sitzung stattgefunden, an welcher Vertreter aller Universitäten betheiligt waren. Hierbei wurde vereinbart, dass das Tentamen physicum erst nach fünf und das Staatsexamen erst nach zehn akademischen Semestern gemacht werden darf. Der Doctor medicinae soll nicht mehr vor dem Staatsexamen gemacht werden dürfen. Nach dem Staatsexamen soll ein praktisches Jahr an grösseren Krankenhäusern obligatorisch eingeführt werden. Auch wurde über die Beilegung des Titels Spezialarzt verhandelt. Es wurde in Vorschlag gebracht, die Berechtigung dieses Titels von einer mindestens zweijährigen Assistentenzeit an einer spezialistischen Anstalt abhängig zu machen.

Frühzeitige Uebernahme der Behandlung Unfallverletzter durch die Berufsgenossenschaften.

In der Krankenversicherungsnovelle war die Bestimmung getroffen, dass die Berufsgenossenschaften die Behandlung der Unfallverletzten auch schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen nach dem Eintritt des Unfalls übernehmen könnten. Man hatte

die Neuerung eingeführt, einmal um die Heilung des Verletzten so gut als möglich durchgeführt zu sehen und gleichzeitig den Berufsgenossenschaften Gelegenheit zur Herabminderung der von ihnen zu tragenden Rentenlast zu gewähren. In dem ersten Jahre nach dem Inkrafttreten der Krankenversicherungsnovelle war von der Neuerung, wie es auch nur natürlich war, noch kein starker Gebrauch gemacht, indessen doch schon ein solcher, dass das Reichs-Versicherungsamt nach einer über die Anwendung der Bestimmung veranstalteten Erhebung zu dem Urtheile gelangen konnte, dass fast überall Versuche damit angestellt seien und diese Versuche auch meist zu günstigem Ergebniss geführt hätten. Im Jahre 1894 nun scheint schon von den Berufsgenossenschaften ein weit umfassenderer Gebrauch von der neuen Befugniss gemacht zu sein. Wenigstens geht dies aus den bisher veröffentlichten Berichten über die Thätigkeit der einzelnen Berufsgenossenschaften in dem genannten Jahre hervor. Eine der letzteren, deren für die Vorbehandlung aufgewendete Kosten im Jahre 1893 rund 2300 Mark betragen hatten, hat dieselben im Jahre 1894 auf rund 23 000 Mark, also auf das Zehnfache, erhöht. Es ist zu wünschen, dass auf diesem Wege weitergegangen wird. Es werden sich nicht alle Unfälle zu einer Vorbehandlung seitens der Berufsgenossenschaften innerhalb der ersten 13 Wochen eignen, jedoch diejenigen, welche thatsächlich durch eine energischere und vielleicht kostspieligere Behandlung so geheilt werden können, dass sie nur ein Minimum von Schädigung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten zurücklassen, sollten auch sämmtlich von den Berufsgenossenschaften übernommen werden.

Gebühren der Nahrungsmittel-Chemiker.

Der Reichsregierung ist aus interessirten Kreisen eine Eingabe unterbreitet, in welcher um die Feststellung eines einheitlichen Gebührentarifs für Untersuchung von Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen gebeten wird. Ein Entwurf zu dem Tarif ist beigefügt. Zur Begründung des Gesuches wird erwähnt:

Durch die mit Einführung der Prüfungsordnung und Ertheilung des Befähigungsausweises geschaffene amtliche Anerkennung der Nahrungsmittel-Chemiker werde demnächst voraussichtlich eine Vermehrung der Anstalten für Nahrungsmittel-Untersuchungen u. s. w. eintreten. Gleichzeitig mit einer solchen Vermehrung dürfte aber auch ein Wettbewerb und eine Unterbietung hinsichtlich der zu fordernden Honorare eintreten, die schädigend auf das Institut der Nahrungsmittel-Chemiker einwirken müsste. Einer derartigen Schädigung soll durch die erstrebte Einführung eines für das ganze Reichsgebiet geltenden Normaltarifes vorgebeugt werden.

Vergiftung durch Verwechselung von Strychnin und Phenacetin.

Zwei kaum glaubliche Vergiftungsfälle werden aus Birmingham gemeldet. Die Patienten, von denen der eine gestorben ist, nahmen gegen Kopfschmerz Phenacetin, welches, wie sich später herausgestellt hat, mit Strychnin gemischt gewesen ist. Die Schuld an dem Unglücksfall soll dem Lieferanten des betreffenden Apothekers zuzuschreiben sein. Letzterer hatte je eine Flasche Strychnin und Phenacetin bestellt, erhielt aber das Phenacetin in einer Flasche, die als Strychnin bezeichnet war, während in die mit Phenacetin bezeichnete Flasche eine Mischung dieses Mittels mit Strychnin eingefüllt wurde. Wie dies möglich war, ist bisher nicht aufgeklärt worden. Das Pharm. Journ. knüpft hieran die sehr zeitgemässe Mahnung, alle gekauften Medikamente vor dem Gebrauche wenigstens auf ihre Identität zu prüfen. Würde dieses oberste Gesetz von Allen, die sich mit dem Handel mit Heilmitteln befassen, befolgt, so wären wohl derartige Vergiftungsfälle, auch der vor Kurzem in Dresden vorgekommene, vollkommen ausgeschlossen.

(Pharm. Z.)

Bewilligung von Alters- und Invalidenrenten.

Nach den im Reichs-Versicherungsamt gefertigten Zusammenstellungen, welche auf den Angaben der Versicherungsanstalten und der zugelassenen Kasseneinrichtungen beruhen, betrug am 1. Juli 1895 die Zahl der seit dem Inkrafttreten des I. u. A.V.G. erhobenen Ansprüche auf Bewilligung von Altersrente bei den 31 Versicherungs-Anstalten und den 9 vorhandenen Kasseneinrichtungen 323 646. Von diesen wurden 256 414 Rentenansprüche anerkannt und 56 168 zurückgewiesen, 3490 blieben unerledigt, während die übrigen 7574 Anträge auf andere Weise ihre Erledigung gefunden haben.

Die Zahl der während desselben Zeitraums erhobenen Ansprüche auf Invalidenrente betrug bei den 31 Versicherungsanstalten und den 9 Kasseneinrichtungen insgesammt 183 425. Von diesen wurden 128 347 Rentenansprüche anerkannt und 37 544 zurückgewiesen, 9119 blieben unerledigt, während die übrigen 8414 Anträge auf andere Weise ihre Erledigung gefunden haben.

Unter den Personen, die in den Genuss der Invalidenrente traten, befanden sich 2578, welche bereits vorher eine Altersrente bezogen.

Unfallversicherung in Norwegen.

Zur Uebernahme der Versicherung wird eine Versicherungsanstalt für das ganze Land errichtet, deren Direktion der König ernennt; zur Ausführung des Gesetzes im Einzelnen werden in jeder Kommune ein oder nöthigen Falls mehrere von dieser gewählte Aufsichtsbeamte angestellt.

Die Entschädigung erfolgt durch die Versicherungsanstalt und beginnt nach Ablauf der vierten Woche nach dem Unfall; der Verletzte erhält freie Krankenbehandlung, so lange eine solche erforderlich ist; dann im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben 60 Prozent vom Arbeitsverdienste, soweit derselbe den Jahresbetrag von 1200 Kronen (1350 Mark) nicht übersteigt, in keinem Falle jedoch weniger als 50 Oere (56 Pfennige) für jeden Arbeitstag oder 150 Kronen (168,75 Mark) für ein Jahr; im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit wird eine derselben entsprechende Rente gewährt. Für den Todesfall werden 50 Kronen als Ersatz der Begräbnisskosten bezahlt; die Hinterbliebenen erhalten eine bestimmte Rente, Ascendenten wird eine solche gewährt, wenn wesentlich der Verunglückte dieselben ernährt hat. Die zur Deckung für Schadensersatzleistungen erforderlichen Mittel werden durch Prämien aufgebracht, welche die Arbeitgeber nach dem anrechnungsfähigen Arbeitsverdienste und entsprechend dem mit dem Betriebe durchschnittlich verbundenen Unfallrisiko zu entrichten haben; hierzu werden die Betriebe in Gefahrenklassen eingetheilt, deren Prämiensätze vorbehaltlich der Genehmigung des Storthings der König festsetzt. Für besonders gefährliche Betriebe kann die Versicherungsanstalt durch die Fabrikaufsichts-Beamten oder besondere Bevollmächtigte Sicherheits-Verordnungen treffen lassen.

Die Prüfung der von der Versicherungsanstalt über die Höhe der Rente usw. getroffenen Entscheidungen erfolgt durch eine Kommission, die aus einem rechtskundigen Vorsitzenden, einem Arzt, einem Techniker, zwei Arbeitgebern und zwei Arbeitnehmern besteht.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 18. Ausgegeben am 15. September.

Ueber die Beurtheilung des Deliriums nach Unfall-Verletzungen.

Von
Sanitätsrath Dr. L. Becker-Berlin.

(Nach einem im Verein der Unfallversicherungsärzte gehaltenen Vortrage.)

Bei allen nicht gerade gewöhnlichen Folgen von Verletzungen tritt im Streitverfahren alsbald die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang des resultirenden Schadens bezw. des Todes mit der voraufgegangenen Verletzung in den Vordergrund. Ich möchte daher, bevor ich auf das Delirium nach Verletzungen eingehe, zunächst versuchen, gewisse allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen für diese Frage, um danach später einen Boden zu haben für die Beurtheilung der speziellen Frage, in welchem Verhältniss das Delirium zu einer vorangegangenen Verletzung steht.

Bekanntlich werden die Arbeiter durch die Unfall-Versicherungsgesetze gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert. Und das R. V. A. hat dazu den Grundsatz aufgestellt, dass die Körperverletzung oder der Tod eines Versicherten als die auf Grund des Gesetzes zu entschädigende Folge eines Betriebsunfalles anzusehen ist, wenn Unfall und Verletzung in einem ursächlichen Verhältnisse mit einander stehen. Dieser Zusammenhang ist jedoch — das wird ausdrücklich betont — nicht nur dann gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder der Tod die unmittelbare Folge der Unfall-Verletzung ist, d. h. also wenn die unmittelbaren Folgen des Unfalls nach der Körperbeschaffenheit des Verletzten sich von selbst entwickeln, sondern auch dann, wenn der schliesslich resultirende Schaden nur eine mittelbare Folge des Unfalls ist, sei es in der Weise, dass der Schaden seinen Grund hat in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Masse begünstigt worden ist, oder in der Weise, dass die Körperbeschädigung durch besondere, äusserlich betrachtet, von dem Unfall und dessen unmittelbare Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebniss wesentlich mitbestimmenden Masse ausgesetzt ist.

Danach kommt also in erster Linie die Körperbeschaffenheit des Verletzten in Betracht für die Beurtheilung des ursächlichen Zusammenhanges eines schliesslich resultirenden Schadens mit dem Unfall. Die Körperbeschaffenheit des Verletzten erhält aber ihre Besonderheit, ihre Eigenthümlichkeit durch die Konstitution des Verletzten, durch die in ihm liegenden Krankheitsanlagen, durch seine Morbidität. Wenn ein Verletzter in Folge seiner Körperbeschaffenheit für bestimmte Krankheiten besonders disponirt ist, so wird der Anstoss, den die Verletzung verursacht, bei ihm leichter diese Krankheiten herbeiführen als bei Anderen. Wenn Jemand eine Bruchanlage, d. h. einen präformirten Bruchkanal hat, so wird er durch eine übermässige Anstrengung leichter einen ausgebildeten Leistenbruch bekommen, als ein Anderer, dessen Bruchkanal und Bruchpforte fest verwachsen sind. — Wenn Jemand eine kranke Lunge hat, so wird er bei einer starken Körperanstrengung leichter eine Lungenblutung bekommen, als Einer, der gesunde Lungen hat. — Wenn Jemand brüchige Arterien in seinem Gehirn hat, kann er leichter einen Schlaganfall erleiden, als ein gesunder Mensch. Für diese genannten Krankheiten fordert ja das R. V. A. in seiner Spruchübung immer mit Recht den Nachweis, dass der Körperverletzung eine den Rahmen der betriebsüblichen Kraftleistung überschreitende Körperanstrengung vorangegangen sei, welche als eine wesentliche Ursache der Entstehung der Verletzung plausibel zu machen ist. Für diese Fälle lässt sich der erforderliche Nachweis meist leicht führen durch Feststellung der thatsächlichen Verhältnisse, durch Zeugenvernehmungen u. s. w. Hierher gehört auch die Frage der tuberkulösen Erkrankungen, auf die ich aber hier nicht näher eingehen will. Zur Eigenthümlichkeit der besonderen Körperbeschaffenheit eines Menschen gehört aber auch der Zustand seiner Psyche und seines Nervensystems, und je nach dem Zustande dieser Theile wird der Verletzte zu Psychosen und Neurosen veranlagt sein. Darauf werde ich später noch zurückkommen. —

Nach den vorher angeführten Grundsätzen, wie sie bei der Spruchübung des R. V. A.s eingehalten werden, kommen aber für die Beurtheilung des ursächlichen Zusammenhanges eines schliesslich resultirenden Körperschadens mit dem Unfall auch in Betracht diejenigen Krankheitsanlagen, welche sich der Verletzte durch die unmittelbaren Folgen seiner Verletzung

und des sich daran schliessenden Krankheitszustandes acquirirt. Hierher gehören also alle Wundinfektionskrankheiten, die sog. accidentellen Wundkrankheiten, Osteomyelitis, Fettembolie nach Knochenbrüchen, Tetanus traumaticus, ferner der traumatische Diabetes, die traumatische Leukämie und das jüngste Kind dieser Reihe, die traumatische Acromegalie.

Ich habe mich neulich schon in einem Vortrag in der Medizinal-Beamten-Versammlung*) über die Art der gerichtlich-medizinischen Beweisführung in diesen Fällen ausgesprochen. Wenn man die nach einer Verletzung auftretenden Krankheitserscheinungen zergliedert, wie sie oft zu einem dem oberflächlichen Beobachter und dem Laien ganz unverhofften und unerklärlichen Resultat führen, einem Resultat, welchem der dabei interessirte Theil der streitenden Parteien geneigt ist, den ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall abzustreiten, — wenn man, sage ich, die im weiteren Verlauf einer Verletzung auftretenden Krankheitserscheinungen zergliedert, so kommt man zu dem Schluss, dass das Endergebniss einer Unfallverletzung bei dem betroffenen Menschen nicht das Resultat einer einzigen Ursache ist, sondern das eines ganzen Ursachenkomplexes, der sich aus den mannigfaltigsten Bestandtheilen zusammensetzt. Die besondere Körperbeschaffenheit des Verletzten, seine Konstitution, die ihm innewohnenden Krankheitskeime und -Anlagen, die äusseren Verhältnisse des Verletzten, in denen er lebt, etwaige von aussen hinzutretende Krankheitsursachen, sein Geschlecht, sein Alter, das sind Alles Umstände, für welche der Verletzte nicht verantwortlich gemacht werden kann, die also mit in den Kauf genommen werden müssen, — alle diese Einzelnheiten bilden in ihrer Gesammtheit eine Reihe untereinander verknüpfter, sich unmittelbar aneinander anschliessender und sich gegenseitig bedingender Umstände. — Bei dem Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges eines resultirenden Körperschadens mit einer vorangegangenen Unfallverletzung hat sich nun der ärztliche Sachverständige die Aufgabe zu stellen mit seiner Erfahrung und Kenntniss von den Vorgängen, wie sie sich an und im Körper des Verletzten abspielen, alle diese einzelnen Umstände des Falles in ihrer Einwirkung auf das Endergebniss eingehend zu erörtern, klarzustellen und zu würdigen. Und ich habe dazu den Satz aufgestellt, dass der Sachverständige berechtigt ist, sein Urtheil für den ursächlichen Zusammenhang abzugeben, wenn sich bei der Abwägung aller Verhältnisse eine mit der ärztlichen Kenntniss und Erfahrung ähnlicher Fälle übereinstimmende und durch überzeugende Gründe nachweisbare Kontinuität des Krankheitsverlaufes ergiebt.

Nachdem wir durch diese kurze Erörterung gewisse allgemeine Gesichtspunkte gewonnen haben, können wir auf unser spezielles Thema näher eingehen.

Die Beurtheilung der Beziehungen einer Erkrankung an Delirium bei einem Verletzten zu der voraufgegangenen Verletzung hat das Besondere vor ähnlichen Beurtheilungen voraus, dass sie sich immer sofort komplizirt mit der angeblichen oder bestrittenen Schuldfrage. Wenn ein Unfallverletzter Delirium bekommt, dann sagt die Berufsgenossenschaft alsbald: „Der Mann ist ein Säufer; dass er das Delirium bekommen, ist seine Schuld; das geht uns nichts an.“

Sehen wir uns doch aber einmal die Sache genauer an. Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung ist in der That das Delirium tremens eine Folge der Trunksucht. Die Annahme eines einfachen Delirium traumaticum ist wohl allgemein aufgegeben. Nach Edmund Rose, dem wir die bedeutendste Arbeit über dieses Thema verdanken, gehört das Delirium tremens, wie er sich ausdrückt, zu den zahlreichen Krankheiten, die vom habituellen Genuss oder, was dasselbe ist, vom Missbrauch geistiger Getränke abhängen, von der Trunksucht. Der Missbrauch geistiger Getränke schafft disponirende Veränderungen im Gehirn, welche selbst nach der Aufgabe dieses Missbrauchs bei Zutritt einer Gelegenheitsursache den Ausbruch des Deliriums noch hinterher veranlassen können. Es stände fest, dass Leute Disposition zum Delirium tremens bekommen, die niemals einen Rausch gehabt und deshalb von Niemandem, auch nicht von sich selbst für Trinker gehalten werden. Rose kommt zu dem Schluss, dass bei ausgesprochenen Symptomen des Delirium tremens unzweifelhaft ein Missbrauch von Alkohol anzunehmen ist.

Dagegen möchte ich nun Folgendes anführen. Auf meine Veranlassung hat ein Unterarzt der Charité, Dr. Friedrich, in einer Dissertation eine Statistik der auf der chirurgischen Abtheilung der Charité vorgekommenen Fälle von Delirium tremens ausgearbeitet. Daraus will ich nur einige wenige Mittheilungen hervorheben: In den fünf Jahren von 1887 bis 1892 bekamen unter 11 926 Kranken mit Entzündungen und Verletzungen 215 Patienten Delirium tremens. — Friedrich hat dann 100 Fälle aus den Charité-Journalen der chirurgischen Abtheilung aus den letzten Jahrgängen zusammengestellt, in denen sich Delirium zu Verletzungen gesellt. Daraus ergab sich, dass alle Patienten Potatoren waren, die täglich für 30 bis 50 Pfennige Schnaps getrunken. Der Ausbruch des Deliriums erfolgte meist zwei bis sechs Tage nach der Verletzung resp. der Operation, neunmal waren nur wenige Stunden zwischen der Verletzung und dem Ausbruch gelegen und zwar waren das meist Fälle mit grossen Blutverlusten. Friedrich fand dabei einen Prozentsatz von 41 Todesfällen, der erheblich höher ist, als ihn die Autoren fanden, welche Fälle von Delirium tremens mit allen möglichen Veranlassungsursachen beobachteten und schliesst daraus, dass die Fälle von Delirium tremens, die nach Verletzungen auftreten, gefährlicher sind, als solche, die nach anderen Veranlassungen entstehen. — Endlich fasst Friedrich seine Angaben und die Berichte der Literatur dahin zusammen, dass eine jede Verletzung, sowohl eine einfache Schnittwunde, als auch eine komplizirte Fraktur unabhängig von Alter, Geschlecht und Jahreszeit im Stande ist, bei Gewohnheitstrinkern den Ausbruch des Deliriums herbeizuführen. Besonders begünstigen diejenigen Verletzungen den Ausbruch des Deliriums, die mit einem Säfteverlust einhergehen, und diese üben einen solchen Einfluss auf die Krankheit aus, dass sowohl die Stärke derselben, als auch die Mortalität bei derselben von ihrer Grösse abhängt.

Es ist für die Beurtheilung des Kausalverhältnisses bei Delirium nach Verletzungen wichtig, zu wissen, dass es gewisse begünstigende Nebenumstände für den Ausbruch dieser Krankheit giebt. Als solche werden von allen Autoren anerkannt:

1. die veränderte Lebensweise bezw. die Entziehung des Alkohols nach der Verletzung,
2. die Bettruhe nach der Verletzung,
3. Blutverluste und Schwächung durch starke Eiterung.

Wenn wir nun die Nutzanwendung dieser in der Literatur gesammelten Erfahrungen über das Delirium nach Verletzungen ziehen wollen, so muss es doch zunächst auffallen, dass nach der Statistik Friedrichs von 11 926 mit Entzündungen und Verletzungen Erkrankten nur 215 das Delirium bekamen; also noch nicht ganz zwei Prozent. Es ist unmöglich, anzunehmen, dass die andern 11 711 Patienten völlig Abstinenzler gewesen sind. Ich glaube, man geht nicht fehl, wenn man annimmt, dass mindestens die Hälfte der nicht an Delirium Erkrankten, also etwa 5000 bis 6000, ebensoviel Alkohol zu sich genommen hatten als die 215 Deliranten. Man ist daher meines Erachtens sehr wohl zu dem Schluss berechtigt, dass den Erkrankten ausser

*) Siehe No. 9 dieser Zeitung.

ihrer Liebe zum Alkohol noch eine besondere neuropathische Disposition für den Ausbruch des Deliriums innewohnt. Ja, nach dem oben citirten Ausspruch Rose's hängt auch über Jeden von uns das Damoklesschwert des Deliriums, denn Jeder von uns trinkt wohl regelmässig ein Glas Bier oder ein Glas Wein täglich. Das würde aber schon für das Delirium ausreichen. — Also in diesem Sinne möchte ich zunächst einmal die Schuldfrage in der Regel verneinend entschieden sehen. Ich möchte vielmehr unter Bezugnahme auf das im Anfange meines Vortrages Gesagte den Satz aufstellen, dass das Delirium tremens nach Verletzungen zu denjenigen Folgen einer Verletzung gehört, welche auftreten und bedingt sind durch die eigenthümliche Körperbeschaffenheit des Verletzten, also durch eine Krankheitsanlage des Verletzten, welche durch die Verletzung zur Entwickelung kommt, und in diesem Falle zum Ausbruch des Deliriums führt.

Wie sehr aber der einzelne Fall von Delirium für die daraus zu ziehenden forensischen Schlussfolgerungen analysirt und zergliedert werden muss, zeigt uns der sehr instruktive Fall, der von Dr. Cahen s. Z. zur Erörterung gestellt wurde, und dessen Entscheidung durch das R. V. A. dann später veröffentlicht ist: Der Mann, ein notorischer Trunkenbold, hatte sich am 7. März 1893 eine leichte Quetschung eines Fusses zugezogen, welche einen so günstigen Verlauf nahm, dass er nach wenigen Tagen wieder umhergehen konnte. Am fünften Tage danach sprang der Mann aus dem Fenster seiner im zweiten Stockwerk gelegenen Wohnung und brach sich beide Beine. Der nach mehreren Stunden hinzugekommene Anstaltsarzt konstatirte diesen Knochenbruch beider Beine und gleichzeitig das Bestehen von Delirium tremens. Nach Ablauf des Deliriums und nach Heilung der Beinbrüche verweigerte die Berufsgenossenschaft die Entschädigung für dieselbe, und Schiedsgericht und R. V. A. gaben ihr Recht. Entgegen den Gutachten dreier Aerzte, welche sich dahin ausgesprochen, dass das Delirium bei dem Verletzten die Folge seiner zuerst erlittenen geringfügigen Fussverletzung gewesen sei, führte nämlich das R. V. A. aus, dass die jetzt vorhandenen Krankheitszustände bei dem Manne lediglich Folgen des Sprunges aus dem Fenster seien, dass aber zur Zeit dieses Sprunges die Folgen des in der Fabrik erlittenen Betriebunfalls fast völlig vorüber gewesen; es könne daher das Delirium bei diesem notorischen Trunkenbolde am fünften Tage nach der leichten Verletzung auch ohne jeden Zusammenhang mit dieser ausgebrochen sein, wie es thatsächlich bei ihm schon früher mehrmals aufgetreten war; und es sei ein Zusammenhang mit dem leichten Unfall weder nachgewiesen noch auch nur wahrscheinlich gemacht.

Wir ersehen hieraus, dass man, wie bei allen aussergewöhnlichen Folgen einer Unfallverletzung, auch das Delirium tremens in Bezug auf seinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall nicht nach vorgefassten Meinungen, auch nicht nach allgemein aufgestellten Schablonen zu beurtheilen hat, sondern dass man jeden Fall mit seinen ihm spezifisch eigenen Einzelmomenten zergliedern und würdigen muss, um zu einer richtigen Schlussfolgerung zu kommen. —

Im möchte das Resultat meiner Erörterung in folgenden kurzen Sätzen zusammenfassen:

1. Das Delirium tremens nach Verletzungen ist als eine Folge der Verletzung anzusehen, weil es den Ausbruch einer Krankheit darstellt, deren Anlage dem Verletzten innewohnt, und deren Entwickelung durch die Verletzung bedingt wird.
2. Die Schuldfrage des an Delirium nach einer Verletzung Erkrankten ist meistens in negativem Sinne zu entscheiden.
3. Zur Klarstellung des ursächlichen Zusammenhangs von Delirium tremens mit einer vorangegangenen Verletzung ist die genaue Zergliederung aller Nebenumstände des Falles erforderlich.

Ueber den Werth der Dynamometermessungen.

Von

Von Dr. Paul Dittmer-Hannover.

Möglichste Objektivität ist das Bestreben jedes Arztes, der mit Gewissenhaftigkeit auf dem Gebiete der Unfallversicherung arbeitet und beiden Parteien, sowohl der Berufsgenossenschaft, bei der er Vertrauensarzt ist, als auch dem Unfallverletzten, der ihm zugeführt wird, möglichst gerecht zu werden sucht. Mit Freuden wird er darum auch jedes Mittel begrüssen, das ihn diesem Ziele näher führt und ihn in den Stand setzt, mit Hintansetzung seines eigenen Urtheils einzig und allein aus dem objektiven Befunde möglichst richtig den Grad der Erwerbsfähigkeit zu bestimmen.

Für die obere Extremität ist nun neuerdings öfter der Vorschlag gemacht worden, mit dem Dynamometer Versuche anzustellen und zu prüfen, ob und inwieweit dasselbe geeignet ist, bei der Festsetzung der Erwerbsfähigkeit in Betracht gezogen zu werden. Derartige Versuche sind nun längere Zeit hindurch in der hiesigen Anstalt des Herrn Dr. Ferd. Baehr angestellt worden. Das Ergebniss derselben ist folgendes:

Das Dynamometer ist insofern von Werth, als es dazu dient, den normalen durchschnittlichen Kraftunterschied zwischen rechter und linker Hand zu bestimmen. Zur Prüfung hierfür sind natürlich nur Leute mit gesunden oberen Extremitäten herangezogen worden. Es hat sich herausgestellt, dass durchschnittlich der Druckunterschied bei Rechtshändern zwischen rechts und links 3—4, bei Linkshändern zwischen links und rechts 2—3 kg beträgt. Wie angenehm für die Beurtheilung es ist, einen bestimmten Massstab zu besitzen, möge folgendes Beispiel darthun: Drückt Jemand mit aller Kraft, so gut er kann, und drückt bei normaler rechter Extremität rechts 30 kg, bei verletzter linker Extremität links 5 kg, so kann man sagen, links ist der Druck um 30 — (5 + 4), d. i. um 21 kg vermindert, in Prozenten ausgedrückt heisst das, die Minderung der Druckkraft beträgt links 80,76 Prozent. Rechnet man nun für die völlige Unbrauchbarkeit des linken Armes 60 Prozent Erwerbsverlust, so würde man diesem Manne 52,56 Prozent Rente gewähren müssen. Da nun aber die Druckleistung wohl höchstens als $1/3$ der Gesammtarbeitsleistung des Armes angesehen werden kann, so wird in unserem Falle die Erwerbseinbusse auf 17,52 Prozent festgesetzt werden können. Schmerzhaftigkeit und etwaige andere Beschwerden müssen dann allerdings noch ausserdem in Anschlag gebracht werden.

Doch dürfen bei den Dynamometermessungen folgende Punkte nicht ausser Acht gelassen werden: 1. muss erst noch festgestellt werden, ob auch von anderen Seiten dieselben Zahlen 3—4 und 2—3 angegeben werden; 2. ist es unbedingt nöthig, möglichst oft solche Druckmessungen bei einem und demselben Patienten vorzunehmen; denn einerseits gelingt es oft, durch verschiedene Kunstgriffe das Druckresultat zu erhöhen, andererseits hängt letzteres ganz entschieden ab von der jeweiligen Disposition und vermag man oft auch beim besten Willen nicht immer die gleiche Druckzahl zu erreichen; 3. gilt obige Berechnung nur für Leute, welche nicht darauf ausgehen, einen möglichst grossen Nutzen aus ihrem Unfall zu ziehen. Gerade durch letzteren Umstand aber wird der praktische Werth der Dynamometermessung bedeutend herabgemindert, in vielen Fällen sogar gänzlich aufgehoben; denn Unfallverletzte zeigen fast durchweg das Bestreben, mit der verletzten Hand relativ weniger zu drücken, strengen sich dagegen

mit der unverletzten Extremität so stark an, dass sie oft eine bedeutend höhere als die Durchschnittszahl erreichen. Bei den Wenigsten gelingt es nämlich, den Zweck der Messungen zu verheimlichen, am allerwenigsten bei Solchen, welche von vornherein auf Täuschung ausgehen. Ausserdem ist es oftmals gerade hier sehr schwer, mit Sicherheit zu sagen, ob Jemand mehr drücken kann, als er drückt. Zu dem Zweck ist es 4. erforderlich, Dynamometer mit verschieden starker Federkraft zu verwenden, bei vollständig gleichem Aussehen. Giebt man dem Patienten dann zuerst das Dynamometer mit der stärkeren Feder in die Hand und lässt ihn die Druckzahl selbst ablesen, so wird er, wenn man ihm an einem der nächstfolgenden Tage das zweite, äusserlich gleiche, Dynamometer giebt, das Bestreben haben, auch nicht mehr zu drücken. Man hätte dann für den betreffenden Fall die Simulation erwiesen und dürfte eine erheblich bessere Druckkraft mit gutem Gewissen als vorhanden annehmen.

Wenn also nach dem Gesagten das Gesammturtheil über den praktischen Werth der Dynamometermessungen nicht so günstig ausfallen kann, wie man es vielleicht anfangs erwartet hat, so kann man doch sagen, das Dynamometer erleichtert in vielen Fällen die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit, es giebt ein direkt positives Resultat bei dem ehrlichen Theil der Patienten und verringert vielfach durch Entlarvung der Simulanten die Schwierigkeit der Beurtheilung in den fraglichen Fällen.

Mitgetheilt mag noch werden, dass der Beruf als solcher keinen Schluss auf die Druckkraft zulässt, auch die Tageszeit, an welcher die Prüfung vorgenommen wird, hat im Gegensatz zu Buch nach den von uns gemachten Erfahrungen keinen Einfluss; massgebend dagegen ist das Verhältniss von Körpergrösse, Brustumfang und Knochenbau, während das Körpergewicht an und für sich belanglos ist. Unwichtig ferner sind die Armumfänge. Wir haben also auch hier gerade wie bei der Bestimmung der Muskelatrophie die Erfahrung gemacht, dass die Umfänge an sich bei der Beurtheilung der Kraftleistung nicht in Betracht gezogen werden dürfen. Nicht uninteressant dürfte es sein, zu konstatiren, dass bei Leuten im Alter von 20—30 Jahren die höchsten Druckresultate erreicht sind, es folgen dann die Jahre von 30—40, 60—65, 40—50, 50—60, letztere beiden Zeiträume mit geringem Unterschied, und schliesslich das Alter von 15—20 Jahren. Die Thatsache, dass die Druckleistungen im Alter von 60—65 Jahren höher als die von 40—60 Jahren gefunden wurde, dürfte wohl als eine nur auf Zufall beruhende angesehen werden können, und ist anzunehmen, dass, wenn noch mehrere Fälle zur Prüfung hätten herangezogen werden können, das Resultat dann ein anderes geworden wäre.

Schliesslich sei noch hervorgehoben: Für die Schlüsse, welche man aus aktiven Leistungen der Muskeln ziehen will, muss überhaupt von vornherein dem zu Untersuchenden der eigentliche Zweck der speziellen Massnahmen, die Einsicht in das zu überwältigende Kraftmass völlig fehlen. Je mehr der Unfallverletzte mit dem Zweck des betreffenden Apparates bekannt ist, desto mehr wird er die Neigung haben, sich demselben gegenüber eine gewisse Reserve aufzuerlegen. Durch Konstruktion von Apparaten mit mehrfachen Uebertragungen liesse es sich wohl erreichen, zunächst den Unfallverletzten über die Art der Funktion des Apparates im Unklaren zu erhalten und ferner in ihm den Glauben zu erwecken, der Apparat diene lediglich seiner Behandlung, ein Schluss auf seine Arbeitsfähigkeit werde durch ihn nicht beabsichtigt. Da nun die Mehrzahl der Leute die Besserung nur nicht erkennen lassen, sie aber doch gerne erlangen möchten, so werden die Betreffenden auch an den Apparaten, so gut sie können, üben und damit ahnunglos zugleich auch den Grad der Besserung kund thun. Hierbei ist eben vorausgesetzt, dass empirisch eine Nummer eines Apparates, die bei der Uebung erreicht wird, für eine gewisse Arbeitskraft gesetzt ist. Auch die Einsicht in das zu überwältigende Kraftmass geht bei derartigen Apparaten verloren, und das giebt einen besonderen Vortheil für den schlimmeren Theil der Simulanten. Entspricht z. B. empirisch das für Nummer 3 eines Apparates anzuwendende Kraftmass dem der Nummer 6 eines anderen Apparates, so muss der zu Untersuchende an den beiden Apparaten die einander entsprechenden Nummern erreichen. Geschieht das nicht — und letzteres wird bei Denjenigen, welche betrügen wollen, das richtige Verhältniss der Apparate zu einander aber nicht kennen, meistens der Fall sein — so sind sie der Täuschung überführt, und darf man gegen Diese bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit mit aller Strenge verfahren.

Referate.

Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode.

Von Geheimrath Prof. Dr. Hegar-Freiburg.
(Deutsche Medizin. Wochenschr. 1895, No. 35.)

Es ist sehr werthvoll, dass eine gynäkologische Autorität ersten Ranges diesen Gegenstand behandelt, welcher von grosser Wichtigkeit für den sachverständigen Arzt ist, der vielfach in die Lage kommt, sowohl dem Publikum gegenüber als vor Gericht hierüber ein Gutachten abgeben zu müssen. Beispielsweise ist bei jeder Eheschliessung einer Wittwe bald nach dem Tode ihres Mannes eine ärztliche Bescheinigung erforderlich, dass Schwangerschaft nicht vorliegt und diese Frage ist besonders bei unzuverlässlichen Angaben seitens der Frau nicht leicht zu beantworten. — Hegar macht die bekannte Unterscheidung zwischen sicheren und unsicheren Zeichen der Schwangerschaft. Der Werth der letzteren ist ein sehr verschiedener; selbstverständlich sind die Veränderungen an den Sexualorganen selbst von hervorragender Bedeutung; die correlativen Erscheinungen, welche wir an den Brüsten wahrnehmen, können jedoch ebenfalls grossen Werth erlangen. Ueber die correlativen Modifikationen des Kreislaufes, des Stoffwechsels, der Harnsekretion seien unsere Kenntnisse noch zu mangelhaft, um sie diagnostisch zu verwerthen. Die Kombinationen mehrerer unsicherer Zeichen können die Schwangerschaft sehr wahrscheinlich machen, selbst ausser Zweifel setzen; ja, man könne mit Hilfe der sogenannten unsicheren Zeichen nicht selten zu einer allen Irrthum ausschliessenden Diagnose gelangen, auch in früheren Perioden des Zustandes. „Eine Person, welche noch nie schwanger war, verliert ihre vorher ganz regelmässige Periode, zeigt die bekannten Veränderungen an den Brüsten sehr deutlich, ebenso eine bläuliche Färbung der Vagina, einen runden Muttermund mit Schleimpfropf, eine weich anzufühlende Vergrösserung des Uteruskörpers, deren Grad dem seit der zuletzt beobachteten Periode verflossenen Zeitraum entspricht: Ohne Zweifel besteht Schwangerschaft.“ — Hegar bespricht die wichtigsten der unsicheren Zeichen: die an verschiedenen Stellen auftretenden Pigmentirungen können nur einen gewissen Verdacht wecken. Der Vomitus matutinus muss schon höher taxirt werden, wenn sich andere Ursachen dafür ausschliessen lassen. Das Ausbleiben der Periode hat umsomehr Werth, je regelmässiger diese früher eingetreten war. Die blaue Färbung der Vulva, der Scheidenschleimhaut und der Portio vaginalis verdienen eine ganz besondere Beachtung; jedoch auch hierbei müssen Herzfehler, Lebercirrhose, komprimirende Geschwülste, vor Allem aber die vielfach besprochenen Zustände der Erschlaffung und Atrophie in der Muskulatur und dem Bindegewebe des Beckens ausgeschlossen

werden. Bei Erstschwangeren haben wir in den bekannten Veränderungen des Scheidentheils noch wichtige Hilfszeichen. Ferner bietet der Uteruskörper die diagnostisch werthvollsten Zeichen durch Verbreiterung seines Breitendurchmessers und Zunahme seines Sagittaldurchmessers, wobei die weichelastische Konsistenz dieser Vergrösserung den schwangeren Uterus von dem pathologisch vergrösserten Uterus unterscheidet. Und endlich ist auch noch zu nennen das Cirkulationsgeräusch, wenn andere pathologische Prozesse, wie Fibrome, Tumoren des Eierstocks ausgeschlossen werden können.

Wenn uns selbst die Kombination mehrerer dieser unsicheren Zeichen im Stiche lässt, so haben wir aber glücklicherweise noch ein weiteres Hilfsmittel zur Frühdiagnose der Schwangerschaft, das ist der Zustand, welchen Hegar als den der Zusammendrückbarkeit, der Kompressibilität des unteren Uteruskörperabschnittes bezeichnet hat (**Hegarsches Schwangerschaftszeichen**), und welches man durch bimanuelle Untersuchung leicht feststellen kann, wenn der Zeigefinger der einen Hand in das vordere Scheidengewölbe eingeführt wird, während die Finger der anderen Hand über den Fundus herüber gegen den unteren Theil der hinteren Wand vordringen.

Zu diesen schon bekannten Zeichen fügt H. nun noch ein neues, von ihm erst seit Kurzem aufgefundenes Phänomen, welches für die Frühdiagnose der Schwangerschaft von gleich grossem Werthe sei. Es gelinge nämlich leicht, eine künstliche Falte an der vorderen Uteruswand zu bilden, wenn der im Scheidengewölbe befindliche Finger dem von dem Bauchdecken aus herabgeführten Finger der anderen Hand mit Druck auf den Uterus entgegengedrängt wird. H. hat aber diese Faltenbildung erst nach den zwei ersten Monaten der Schwangerschaft nachweisen können. Er giebt aber auch gleichzeitig die Schattenseiten dieses diagnostischen Hilfsmittels an, nämlich dass es wohl kein sichereres und weniger gefährliches Mittel zur Herbeiführung des künstlichen Aborts gebe, und dass ein Missbrauch desselben zu verbrecherischer Abtreibung sehr nahe liegt, da auch die Entdeckung und der Nachweis einer solchen Handlung dabei nur sehr schwer möglich sei. — Diese neuen Zeichen sind nach Hegar äusserst zuverlässig in Bezug auf die Frühdiagnose der Schwangerschaft; sie seien als sichere zu bezeichnen, insofern sie direkt durch das Ei bedingt werden. Für den Sachverständigen sind diese Zeichen in mehrfacher Beziehung von grosser Bedeutung.

Sur un cas de neurose traumatique de l'estomac avec Merycisme.

De Dr. Dufour.

(Annales d'hygiène publique et de médicine légale. Marseille, Août 1895, p. 135.)

Ein bis dahin gesunder 32jähriger Pferdebahnschaffner bekam von der Deichsel eines entgegenkommenden Wagens am 16. Oktober 1893 einen heftigen Stoss in der Gegend des linken Hypochondriums gegen eine lederne Geldtasche, die er dort trug. Die Untersuchung ergab weder am Unterleib, noch an der Brust eine Verletzung oder Blutunterlaufung. Der Kranke verlor auch das Bewusstsein nicht, begann aber Blut zu husten. Links hinten unten bestanden Rasselgeräusche, die nach einigen Tagen verschwanden, während der Bluthusten mehrere Monate andauerte. Eine ausreichende Erklärung dieses Symptomes giebt Dufour auch in der Epicrise nicht.

Der Verletzte klagte am Tage nach dem Unfall über Brechanfälle oder vielmehr ein häufiges Regurgitiren der von ihm genossenen Speisen, das jeder Behandlung trotzte. Anämisch und abgemagert kam der Patient nach 13 Monaten, im Dezember 1894, wegen seiner Entschädigungsklage in die Beobachtung von Villard, Flavard und Dufour, die eine Steigerung der Reflexe, besonders aber des Pharynxreflexes feststellten. Das einzige Symptom der Krankheit war ein langsames, unwillkürliches Regurgitiren der aufgenommenen Nahrung wie bei Wiederkäuern, was man Merycismus genannt hat. Zwei, drei Minuten bis eine Viertelstunde nach dem Essen beginnt das Aufsteigen. Magen und Oesophagus ziehen sich langsam und ohne Anstrengung zusammen und die Speisen kommen ohne das geringste Erbrechen in den Mund. Bisweilen bleibt ein Theil des Genossenen im Magen, das Meiste aber kommt herauf. Deshalb hat der Kranke ein beständiges Hungergefühl. Flüssiges wird besser ertragen als Festes.

Beim Betasten des linken Hypochondriums und der Magengrube ist weder eine Verhärtung, ein Tumor, noch ein Schmerzpunkt zu finden. Der Magen ist leicht dilatirt. Stuhl und Erbrochenes haben niemals eine schwarze oder blutige Beschaffenheit gezeigt. Es bestand weder Durchfall noch Stuhlträgheit. Das freie und leichte Eindringen einer Sonde mit einer Olive mittlerer Grösse und eines gewöhnlichen Magenschlauches lassen eine Verengerung des Oesophagus und der Cardia ausschliessen. Dabei zeigt sich aber eine ausserordentliche Steigerung des Pharynxreflexes. Sobald die Sonde in den Pharynx kommt, entstehen die heftigsten Brechbewegungen, und diese dauern so lange, als die Sonde im Oesophagus gleitet und im Magen ist. Sie kann nur kurze Zeit liegen bleiben, weil es den Kranken ausserordentlich angreift. Eine Untersuchung mit der Sonde führte sogar zu einer beängstigenden Ohnmacht.

Die Analyse des Magensaftes durch Dr. Luna ergab fast völliges Fehlen der Salzsäure, Vorhandensein einer geringen Menge Milchsäure. In der Epicrise betont Dufour, dass das Fehlen der Salzsäure auch bei anderen Krankheiten als dem Magenkrebs beobachtet sei. Ein Carcinom könne nicht vorhanden sein wegen des Fehlens stärkerer Abmagerung, blutigen Erbrechens und Stuhles, eines Tumors und der Schmerzen im Epigastrium, endlich, weil in dem Alter das Magencarcinom selten sei.

Aus dem Fehlen der Salzsäure folge aber, dass der Patient kein Simulant sei; ein freiwilliger Ruminant könne die Salzsäureausscheidung nicht unterdrücken.

Am Ende der Beobachtung, am 1. März 1895, schliessen die Beobachter eine organische Veränderung des Magens (Ulcus und Carcinom), sowie eine Hysterie und eine Neurasthenie aus, sie nehmen eine besondere traumatische Neurose des Magens an.

Die Abtrennung dieser Form von der Neurasthenie motivirt Dufour in der Epicrise noch besonders. Die Neurasthenie à forme gastrique nach Charcot und Bouveret sei durch Atonie und Dilatation des Magens charakterisirt, es bestehe weder Erbrechen noch Aufstossen. Mathieu nehme eine neurasthenische Dyspepsie mit oder ohne Salzsäureverminderung an, aber er habe keine Regurgitation beobachtet. Zwei kurz angeführte Beobachtungen Viberts und der mitgetheilte Fall bewiesen, dass die traumatische Dyspepsie mit Reizbarkeit des Magens und Erbrechen abzutrennen sei von der neurasthenischen Dyspepsie mit Atonie und Dilatation. Guder.

Zweiarmimpfung oder Einarmimpfung?

Von Oberamtsarzt Dr. Jager-Ulm.

(Med. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztlichen Landesvereins.)

Verf. macht auf den inneren Widerspruch aufmerksam, der zwischen dem § 18 und § 20 der Vorschriften, welche von den Aerzten bei Ausführung des Impfgeschäftes zu befolgen sind, besteht. Der § 18 verlangt 6—10 Impfschnitte, während § 20 bloss 2 Pusteln zu einer erfolgreichen Impfung für ausreichend erklärt. Er geht näher auf die Verhandlungen der im Herbst 1884 in Berlin zusammengetretenen Impfkommission

ein. Nach seiner Ansicht genügen 4 Impfschnitte zu einem relativ vollkommenen Impfschutz, wie ihn der § 20 der Vorschriften für den Arzt ganz präcis und strikte vorschreibt. — Verf. hält aber besonders deshalb eine baldige Aenderung des § 18 der erwähnten Vorschriften für dringend nothwendig, weil er mit Voigt die Impfung auf beiden Armen bei Erstimpflingen, die durch den § 18 vorgeschrieben scheint, für „eine unnöthige Quälerei hält, welche die kleinen Kinder eventuell in einen Zustand versetzt, der es unmöglich macht, dieselben an einem gesunden Arm anzufassen und der sie zwingt, Tage lang keine Seitenlage einzunehmen.“ Man sollte es überhaupt dem Gutdünken des Impfarztes überlassen, wo und wie er der Minimalforderung von 2 Pusteln gerecht werden will. Die Zweiarmimpfung sei inhuman, unnöthig, erhöhte die Gefahren der Impfung und damit die Unbeliebtheit der Zwangsimpfung und vermehrt den Widerstand gegen das Impfgesetz, während die Einarmimpfung, insofern an der Forderung von 2 wohlentwickelten Impfpusteln festgehalten wird, die grösstmögliche Schutzkraft verleiht, auch allen theoretischen Erwägungen bezüglich der zur Schutzkraft nöthigen Pusteln gerecht wird, rascher vollzogen wird, den Kindern bei und nach der Operation weniger Schmerzen bereitet, weniger Gefahren mit sich bringt und entschieden populärer ist.

Ueber die Kompressionsbrüche des Fersenbeins.

Von Ferd. Bähr-Hannover

(„Deutsche Medizin. Wochenschr.“ 1895, No. 32.)

Verf. hat sich schon wiederholt bemüht, eine bessere Würdigung dieser Verletzungen namentlich in der Praxis anzustreben. Er erklärt es als einen unverkennbaren Mangel unserer chirurgischen Lehrbücher, dass sie dieser Art von Verletzungen so wenig Raum widmen. Gerade aber heute sei eine genauere Kenntniss dieses Kapitels ein unabweisbares Erforderniss, weil diese Verletzungen so oft schwere Funktionsstörungen hinterlassen, welche bei der Bedeutung derselben für die soziale Gesetzgebung, für den Praktiker von hohem Interesse sind. Fersenbeinbrüche kämen viel häufiger vor als es bisher angenommen wird. Die Knochenbrüche zweier Körperregionen erführen nach seiner Empfindung eine gewisse Vernachlässigung, welche einestheils in der Schwierigkeit der Diagnose liegt, anderntheils in der Thatsache, dass der werdende Mediziner solche Fälle selten zu Gesicht bekommt. Das seien die Knochenbrüche des Oberschenkels am oberen Ende und die der Fusswurzelknochen; dort wird die Diagnose erschwert durch die mächtigen umgebenden Weichtheile, hier dadurch, dass eine grössere Anzahl kleinerer Knochen zusammentreten, deren Abgrenzung schwierig ist, die fest untereinander verbunden sind, bei denen Lagerungsveränderungen der Bruchstücke meist nicht stattfinden können, abgesehen davon, dass das so häufig wirkende Moment für die Dislokation, die Muskelaktion, kaum zur Geltung kommt. Ueberhaupt würde nach Ansicht des Verf. die untere Extremität bei Unfallverletzungen in ihrer Tragweite zu niedrig geschätzt. Die Bedeutung derselben muss überall da hervortreten, wo die Berufsart an die letztere relativ grössere Ansprüche macht, also überall da, wo das Tragen von Lasten, wo überhaupt ihre vorwiegende Verwendung in Frage kommt. Die Berufsarten dieser Kategorie stellen ein hervorragendes Kontingent. Verf. schildert dann genauer einen dieser Fälle, „um nochmals die Absurdität der Behauptung von dem obligatorischen Plattfuss nach den Zerschmetterungsbrüchen des Calcaneus darzuthun“. Es sei a priori einleuchtend, dass nach dieser Verletzung sämmtliche Varietäten der durch Veränderungen in der Nähe des Fussgelenks bedingten pathologischen Fussstellungen auftreten können; denn dieselben werden immer von der Art, dem Sitz, der Ausdehnung der Fraktur, der Verschiebung der Fragmente und der Grösse der Callusbildung abhängen. In diesem Falle war ein 47 Jahre alter Mann aus einer Höhe von sieben Metern herabgesprungen und hatte sich eine „schwere Verstauchung“ beider Fussgelenke zugezogen. Ueber vier Monate später sah Verf. den Patienten und fand rechts: ausgesprochene Varusstellung, das Fersenbein im hinteren Abschnitt verdickt, den tuber calcanei etwas nach innen gedreht, das Fersenbein sehr druckempfindlich, die normalen Vertiefungen unterhalb der Malleolen fehlend, heftige Schmerzen bei Pro- und Supinationsbewegungen, sowie beim Stehen und Gehen; links: leichte Valgusstellung, undeutliche Verdickung des Calcaneus, sonst dieselben Beschwerden wie rechts neben einer grossen Druckempfindlichkeit des Fersenbeinkörpers. — Der zweite Fall war ein direkter Quetschbruch des Fersenbeins, dadurch entstanden, dass ein Wagenrad über die linke Ferse hinweggegangen war. Die richtige Diagnose war trotz des direkten Hinweises nicht gestellt. — Zum Schluss betont Verf., dass diese Verletzungen nach Ablauf der akutesten Symptome, nach Beseitigung der Schwellung mit Massage und Eisblase, mit festem Verbande behandelt werden müssten, um eine möglichst gute Konsolidation des Knochens zu bewirken. Wir lebten heute abwechselungsweise wieder einmal im Zeitalter der Mobilisation, des möglichst frühzeitigen Gebrauchs der verletzten Glieder; und da nun diese Art von Verletzungen meist für Verstauchungen des benachbarten Fussgelenks gehalten werden, so wurde oft frühzeitiges Gehen angeordnet, um der hier mit Unrecht gefürchteten Steifigkeit des Fussgelenks vorzubeugen, während ein wohlüberwachter Gypsverband für die möglichst präcise Adaption der Fragmente doch immer noch das zuverlässigste Mittel sei.

Ueber Fersenbeinbrüche.

Von Dr. Adolf Schmitt.

(Münchener Medizin. Wochenschr. 1895, No. 22, Vereinbericht.)

Bei der Nachuntersuchung vom Unfallverletzten fand S. sehr oft, dass statt der anfangs diagnostizirten Prellung oder Zerrung im Fussgelenk zweifellos der Bruch des einen, zuweilen auch beider Fersenbeine vorlag. Der frische Fersenbeinbruch wurde sehr oft verkannt, da seine Symptome oft nicht sehr augenfällig sind und die Verletzten stehen später leicht unter dem Verdacht der Simulation oder Uebertreibung (was Ref. an zahlreichen Beispielen seiner Thätigkeit bei den Schiedsgerichten und beim Reichs-Versicherungsamt bestätigen kann), bis die bei älteren Frakturen oft sehr charakteristischen, bleibenden Veränderungen — Verbreiterung der Fersengegend um 1—2 cm, Ausfüllung der Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne, Tiefstand der Knöchel, der behinderte, zuweilen für den Sitz der Fraktur charakteristische Gang, die jahrelang bestehende Druckempfindlichkeit, Atrophie der Unterschenkelmuskeln, Stellungsanomalien des Fusses u. s. w. — darauf hinweisen, dass nicht eine einfache Zerrung oder Prellung, sondern ein Bruch des Fersenbeines vorliegt. — Auf Grund von Präparaten und Experimenten begründet S. die Ansicht, dass es sich bei dem Kompressionsbruch des Fersenbeines meist um die Kombination von zwei Bruchformen handelt, um einen Querbruch und einen horizontalen Längsbruch. Der erstere verläuft meist durch den sulcus calcanei. Diese Stelle sei gewissermassen prädisponirt zur Entstehung des Querbruches, da sich hier in der Mitte des Fersenbeines eine deutliche Lücke befindet, die durch das Fehlen des sonst völlig gesetzmässig angeordneten Spongiosabälkchen an dieser Stelle gebildet wird. Der Querbruch entsteht durch das Tiefertreten, das Herabsinken des Talus von der Astragalusgelenkfläche; dabei wirkt die

vordere Kante der konkaven Talusgelenkfläche wie ein Keil, und treibt das Fersenbein im sulcus calcanei in querer Richtung auseinander. Unter bestimmten Verhältnissen kombinirt sich mit dem reinen Querbruch ein Schrägbruch, das durch das sustentaculum tali verläuft oder auch diesen Fortsatz ganz absprengt. (Einsinken des innern Fussgewölbes, Plattfussstellung; wird die Aussenseite des Knochens stärker zertrümmert, so entsteht Klumpfussstellung.) Der horizontale Längsbruch entsteht durch die Kompression des Fersenbeines in der Richtung von oben nach unten, wobei der obere Abschnitt in den unteren eingetrieben wird und die Seitenwandungen des Knochens zerbrechen; weiter wirkt mit die Stellung des Fersenbeines, das hinten tief steht, vorn aber hoch aufgerichtet ist, wodurch die von oben her (z. B. beim Sturz aus der Höhe) einwirkende Kraft den oberen Fersenbeinabschnitt nicht nur tiefer treibt, sondern auch nach hinten verschiebt. — Die Erfolge der Therapie sind meist schlecht; hochgradige Veränderungen in der Fersengegend, Stellungsanomalien des verletzten Fusses, schwere Funktionsstörungen und starke Druckempfindlichkeit des frakturirten Knochens, der die Last des Körpers zu tragen hat, bleiben meist lange Zeit, oft dauernd bestehen und beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit des Verletzten weit mehr als man bisher annahm. Bei Nachuntersuchungen von Unfallverletzten, die eine Verletzung des Fusses erlitten haben, muss stets auf etwa vorhandene Veränderungen an den Fersen, die oft erst längere Zeit nach der Verletzung deutlich hervortreten, sorgfältig geachtet werden. Die Fersenbeinbrüche sind zweifellos weit häufiger, als nach den bisherigen Statistiken angenommen wurde.

Ueber Frakturen des Calcaneus.

Von Dr. C. Seer-Berlin.
(Inaug.-Dissert. Berlin, 1894.)

Verfasser zählt in dieser sehr fleissigen Arbeit zunächst sämmtliche in der Literatur verzeichneten Fälle von Calcaneus-Frakturen auf, von Petit und Malgaigne bis zu Bähr (Volkmanns Samml. klin. Vorträge 1893, No. 84) und Methner, und fügt dazu noch 8 Fälle, welche in der Zeit von 1890—1894 auf der chirurgischen Abtheilung des Berliner Städtischen Krankenhauses am Urban zur Beobachtung gekommen sind. Voraus schickt er diesem Bericht eine Erörterung über die Entstehungsursache der verschiedenen Arten dieser Brüche, der durch indirekte Gewalteinwirkung, Muskelaktion, und der durch direkte Ursachen, Zerschmetterung, entstandenen. — Zur Differential-Diagnose gegenüber den Verstauchungen des Fussgelenkes stellt er die Formveränderung des Fusses, die Verbreiterung der Ferse und die Abflachung des Fussgewölbes als charakteristische Merkmale auf, und für die Fraktur des Sustentaculum tali den ausgesprochenen Uebergang aus der Varus- in die Valgus-Stellung des Fusses. — Die Prognose hält Verf. bei Rissfrakturen für eine gute, während sie bei den Zertrümmerungsfrakturen zuweilen zu wünschen übrig liesse. Bei seinen 8 Fällen sei einmal in Zeit von etwas über 2 Monaten Heilung ohne Zurückbleiben irgend welcher Beschwerden und mit in allen Gelenken frei beweglichem Fusse erfolgt. In den andern Fällen sind weniger gute Resultate zu verzeichnen; denn „es liesse sich ja kaum annehmen, dass, wenn der Calcaneus eine so weitgehende Zerstörung, wie sie als Folge der grossen Gewalteinwirkung wohl anzunehmen ist, erfahren hat, nun der Knochen wieder solche Gestalt und solchen Umfang wie früher erhalte, oder dass nun die Gelenkfläche des Calcaneus zwischen Talus und Cuboideum eine so weitgehende Wiederherstellung erfahren hat, dass die Funktionsfähigkeit des Fusses nicht leidet.“ — Den 8 Fällen fügt Verf. noch die Beschreibung eines Präparates hinzu, über welches Körte in der freien Vereinigung der Chirurgen in Berlin am 9. Nov. 1893 berichtet hat von einem Verletzten, der einer anderweitigen inneren Verletzung erlegen war. Der Calcaneus war in mehrere Stücke zerbrochen, der ganze vordere Theil des Knochens von seinem Körper getrennt, an der lateralen Seite war der mit dem Os cuboideum artikulirende Theil seitlich abgesprengt, an der medialen Seite war das Sustentaculum tali abgebrochen und nach unten dislocirt; der Talus war in die Substanz des Calcaneus eingedrungen, und hatte daselbst eine tiefe Kompression des spongiösen Knochengewebes erzeugt; am Corpus und Processus post. calcanei war die obere Fläche des Knochens in die Spongiosa hineingetrieben und zwar so, dass die untere Hälfte des Knochens in mehreren Stücken, strahlenförmig, seitlich auseinander geplatzt war.

Beitrag zur Kenntniss der Kompressionsfrakturen des oberen Endes der Tibia.

Von E. Albers-Myslowitz.
(Berliner Klin. Wochenschrift 1894, No. 51.)

Verfasser bezieht sich auf die zuerst von W. Wagner in Langanbeck's Archiv, Band 34 Heft 2, beschriebenen Kompressionsfrakturen des oberen Endes der Tibia, welche früher und auch wohl jetzt noch vielfach als „schwere Distorsionen des Kniegelenkes mit Zerreissung der Seitenbänder“ diagnostizirt werden. Diese Verletzungen werden erzeugt durch eine starke Druckwirkung von oben auf die Knorren der Tibia und bestehen nicht sowohl in einer Kontinuitätstrennung des Knochens als vielmehr in einem Hineingedrücktwerden der die Gelenkfläche bildenden Corticalis in die darunterliegende Spongiosa. Verfasser theilt dazu mehrere bemerkenswerthe Fälle mit. Ein zum Einfahren der Bergleute dienender mit 18 Mann besetzter Fahrstuhl stiess in Folge unachtsamer Bedienung der Maschine mit vehementer Gewalt auf die Sohle des Einfahrschachtes. Von den durch diesen Anlass Verletzten hatten drei Kompressionsbrüche des oberen Tibiaendes. Sämmtliche drei Fälle zeigten die für diese Verletzung charakteristischen Symptome: 1. die druckempfindliche Linie unterhalb der Gelenklinien des oberen Gelenktheiles der Tibia, besonders deutlich am Cond. intern. tibiae, 2. die abnorme Beweglichkeit des Kniegelenkes in seitlicher Richtung, so dass bei fixirtem Oberschenkel der Unterschenkel von aussen nach innen und umgekehrt bewegt, adduzirt und abduzirt werden kann, 3. die Genu varum-Stellung. Verfasser fügt zu diesen schon von Wagner angegebenen und betonten Symptomen der Verletzung noch hinzu, die Verkürzung der Tibia, wie sie auch von ihm in einzelnen dieser Fälle bemerkt wurde; er weisst besonders auf das Fehlen der Knochenkrepitation und der Functio laesa hin, und glaubt, dass das Nichtvorhandensein dieser Symptome nicht unwesentlich dazu beigetragen haben mag, dass man wohl auch früher beobachtete Fälle dieser Art von Knochenbruch als „Distorsion des Kniegelenkes“ abgethan hat. — In einem vierten Falle der durch den erwähnten Unfall hervorgebrachten Verletzungen fand sich eine Kombination von Kompressionsfraktur des oberen Gelenkendes der Tibia mit Subluxation des Kniegelenkes nach hinten.

B.

Tod durch Fettembolie der Lungen nach Kompressionsfrakturen der unteren Extremitäten.

Von Em. Finotti.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 39.)

Verf. berichtet über einen Fall aus der Innsbrucker Klinik: Ein 18jähriger Mann war aus einem Fenster des zweiten Stockes der Frohnfeste in den Hofraum hinabgesprungen. Am Tage darauf wurde er in die Klinik aufgenommen, wo ausser einer bedeutenden Schwellung des linken Kniegelenks und grosser

Schmerzhaftigkeit des linken Sprunggelenks, an dem man beim Betasten in der Tiefe Krepitation wahrnahm, keine sonstige Verletzung am Körper konstatirt werden konnte; besonders waren in den Lungen durch die genaueste Untersuchung keine Störungen nachzuweisen, aber die Athmung war fliegend und das Gesicht blass und verfallen. Die Athemnoth nahm zu, und 24 Stunden nach dem Unfall trat der Tod ein. — Bei der Sektion fand sich am Gehirn, an der Schädelbasis und Halswirbelsäule sowie an den Rippen negativer Befund, die Wirbelsäule unverletzt, das Rückenmark intakt, dagegen in den verletzten Gelenken schmierig-dunkles Blut angesammelt, welches reichlich mit aus dem gequetschten Marke der Gelenkknochen ausgetretenem Fett vermischt war. Dieser Befund veranlasste eine genauere Untersuchung beider Lungen auf Fettembolie, und in der That zeigten sich überall die Kapillaren und feinsten Arterien strotzend mit Fett erfüllt — ähnlich einem Injektionspräparat; die hochgradige Fettembolie der Lungen stand somit ausser Zweifel.— Verfasser beschreibt dann die Kompressionsfrakturen am linken Schienbeinkopf und am Sprungbein genauer nach dem anatomischen Präparat. Der linke Schienbeinkopf war derart verbreitert, dass die Ränder gleichsam über den Schaft des Knochens überhängen; der Cond. internus war in höherem Grade verletzt als der externus. Die Verletzungen der Sprunggelenke betrafen nur den Talus, während das untere Tibiaende, die Fibula und die übrigen Fussknochen intakt geblieben waren. B.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tod in Folge von Krankheit und nicht durch Unfall.

Die Hinterbliebenen des Arbeiters Zimmas behaupteten, dass ihr Ernährer an den Folgen eines Sturzes gestorben sei und machten daher bei der Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie Rentenansprüche geltend. Indessen sowohl die Berufsgenossenschaft als auch das Schiedsgericht wiesen die Hinterbliebenen mit ihren Rentenansprüchen zurück. Hiergegen legten die Kläger Rekurs beim Reichs-Versicherungs-Amt ein. Die auf abweichenden thatsächlichen Feststellungen beruhenden Gutachten des Dr. Rammelt und Geheimen Medizinalraths Professors Dr. Hoffmann in Leipzig träfen nicht zu. Die Kläger verlangen ein Obergutachten seitens des Geheimen Medizinalraths Professors Dr. Leyden oder seitens des Medizinalkollegiums, unter Ueberreichung eines dem in der Berufungsinstanz erforderten Gutachten des Geheimen Medizinalraths Dr. Hoffmann in Leipzig widersprechenden Gutachtens des praktischen Arztes Dr. Rocco in Halle vom 26. März 1895. Das Reichs-Versicherungs-Amt wies jedoch den Rekurs der Hinterbliebenen zurück und zwar mit folgender Begründung: Das Rekursgericht hat unbedenklich in Würdigung der gesammten Sachlage das Gutachten des zur Sache völlig uninteressirten behandelnden Arztes Dr. Rammelt, das Ergebniss der in den Vorinstanzen vorgenommenen Beweisaufnahme und das schlüssige und bedenkenfreie Obergutachten des Geheimen Medizinalraths Professors Dr. F. A. Hoffmann, Direktors der medizinischen Poliklinik an der Universität in Leipzig, als einer Autorität ersten Ranges auf dem Gebiete der inneren Medizin, seiner Entscheidung zu Grunde gelegt. Von dem Erfordern eines weiteren Obergutachtens war bei dem Gewichte des von Professor Dr. Hoffmann erstatteten um so mehr deshalb Abstand zu nehmen, als es sich, um überzeugend zu sein, doch auch nur auf die Ergebnisse der bisherigen sorgfältigen Ermittelungen, insbesondere auf die Angabe des Dr. Rammelt, nicht aber, wie es das überreichte Gutachten des Dr. Rocco in Halle thut, auf die subjektiven Angaben der naturgemäss zur Sache interessirten Mitklägerin, Wittwe Henriette Zimmas, stützen könnte und darum sein Inhalt entweder mit dem des Professor Dr. Hoffmann'schen Obergutachtens sich decken müsste oder nicht geeignet erscheinen könnte, bei Gewinnung eines abweichenden Ergebnisses die durch den Inbegriff der bisherigen Ermittelungen und der bisher abgegebenen ärztlichen Gutachten bei dem Rekursgerichte begründete Ueberzeugung von der Richtigkeit des Obergutachtens des Professors Dr. F. A. Hoffmann zu erschüttern. Im Einzelnen nun konnte Professor Dr. Hoffmann völlig mit Recht in seiner Auslassung vor dem Schiedsgerichte von einer „enormen“ Blutung sprechen. Denn dem Dr. Rocco gegenüber hat ja die Wittwe Zimmas selbst bestätigt, dass zunächst als angebliche Folge des Unfalles eine heftige, fünf Tage lang währende Blutung aus der Lunge eingetreten sei. Ganz im Einklange hiermit bekundet der Zeuge Hoyer, dass erst schwach Blut beim Aufrichten des Zimmas aus dem Munde gekommen sei, dass der Blutaustritt sich aber vermehrt habe, so dass Zimmas habe die Arbeit einstellen müssen. Auch der Zeuge Klaus hat in den polizeilichen Ermittelungen vom 29. Juni und 11. September 1894 durchaus übereinstimmend bekundet, dass Zimmas „ziemlich stark“ aus Mund und Nase geblutet habe und der Zeuge Neumann hat das lediglich bestätigt, indem er von einer „Blutlache“ spricht, die er vor dem Salzofen gefunden habe. Im Uebrigen aber könnte der Fall des Zimmas auf die schräg vom Feuerungseingange des Salzofens zum Boden reichende Eisenstange nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts gar kein schwerer gewesen sein und war ganz ungeeignet, schwerwiegende Folgen für das Befinden des Zimmas nach sich zu ziehen, insbesondere die vorbeschriebene enorme Lungenblutung. Das hat Dr. Rammelt nicht nur überzeugend begutachtet, sondern es findet seine unwiderlegliche Bestätigung auch im objektiven Befunde des Zimmas nach dem angeblichen Unglücksfalle, nämlich im Fehlen jeder Spur von Röthung oder Verfärbung an der Brust, welche Sugillirungen ein nur irgendwie erheblicher Fall unausbleiblich hätte nach sich ziehen müssen. Die Folgen gerade jenes angeblichen Unfalls sind aber bezüglich des Körperzustandes des Zimmas nicht so schwerwiegende gewesen, wie die Kläger behaupten. Denn inhaltlich der vorgenommenen Ermittelungen hat Zimmas nach seinem Wiedereintritte in die Arbeit am 18. März 1893 noch geraume Zeit, nämlich bis zum 3. Juni 1893, den ätzenden Dämpfen des Fabrikraumes Widerstand zu leisten vermocht. Daraus geht weiter auch hervor, dass der Aufenthalt in den Fabrikräumen auch einem Menschen mit kranken Lungen möglich war, und sehr wohl auch vor dem angeblichen Unfalle ein Lungenleiden bei Zimmas, ihm unbewusst, bestehen konnte und zweifellos auch bestanden hat. Der Beweis hierfür fand sich ja auch alsbald bei der ersten Untersuchung durch Dr. Rammelt in Dämpfungen und Rasselgeräuschen in den oberen Partien der linken Lunge. Ob derartige krankhafte Verhältnisse auf chronischer tuberkulöser Erkrankung oder auf einer durch äussere Einwirkung hervorgebrachten traumatischen Verletzung der Lunge beruhten, hat Dr. Rammelt im Sinne der ersteren Alternative beantwortet, und er war zu dieser Annahme auch voll berechtigt, wie der verhältnissmässig rasche Verlauf der Krankheit des Zimmas gezeigt hat. Die blosse, an sich ja nie wegzuleugnende oder durch Gegenbeweis zu entkräftende Möglichkeit, dass die angeblich plötzliche traumatische Lungenaffektion dem Eindringen von Tuberkelbazillen weniger Widerstand entgegengesetzt und den Tod durch Tuberkulose verursacht habe, ist um so weniger zum Nachweise des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und eingetretenem schädlichen Erfolge zu verwenden, weil ja eben das Vorliegen einer traumatischen Lungen-

verletzung völlig unerwiesen geblieben, ja sogar widerlegt ist, so dass für die Wahrscheinlichkeit dieses behaupteten Kausalzusammenhanges nichts erbracht ist. Die Richtigkeit des von Dr. Rammelt begutachteten Befundes bei dem angeblich durch einen Unfall verletzten Zimmas kann auch dadurch nicht in Zweifel gezogen werden, dass der Arzt keine Tuberkelbazillen bei ihm vorgefunden habe. Denn deren Nichterwähnung beim Befunde rechtfertigt doch nicht den Schluss, dass sie nicht vorhanden waren, sondern nur, dass sie nicht ausdrücklich festgestellt sind, was bei den, einem Landarzte zu Gebote stehenden Hilfsmitteln schwer zu bewerkstelligen und bei anderweit vorgefundenen zweifellosen Anzeichen von Tuberculosis auch nicht erforderlich war. Es liegen aber auch noch weitere Umstände vor, die einen Unfall recht wenig wahrscheinlich machen. Zunächst haben die Kläger die Zeit und die Stunde des angeblichen Unfalls — völlig widersprechend ihren sonstigen Anführungen — auf den 19. Dezember 1892 verlegt, während Zimmas nach dem Tagebuche des Dr. Rammelt schon am 13. Dezember 1893 in seine Behandlung getreten ist. Zudem haben nach der bestimmten, zu Bedenken keinerlei Anlass gebenden Erklärung des Dr. Rammelt weder der Verstorbene Zimmas noch dessen Ehefrau, die jetzt mitklagende Wittwe, ihm von dem angeblichen Falle auf die Eisenstange irgend welche Mittheilungen gemacht, was doch so überaus nahe gelegen hätte. Auch eine Unfallanzeige ist rechtzeitig nicht erstattet worden. Diese Erklärung des Dr. Rammelt wird in ihrer Glaubwürdigkeit dadurch nicht erschüttert, dass nach der Bekundung des Zeugen Hoyer Zimmas ihm während seiner Krankheit erzählt hat, dass er dem Arzte von seinem Sturze Mittheilung gemacht hat, und dass dieser darauf erwidert habe: es werde schwerlich Etwas anzufangen sein, weil der Unfall innerlich sei und man von aussen nichts sehe. Glaublich an sich ist die klägerische Behauptung, dass Dr. Rammelt zur klagenden Wittwe gesagt habe: die Lunge habe einen Riss erhalten, und sie solle ihren Ehemann nur recht pflegen, damit die Wunde bald wieder zuheile! Dass er dabei aber von einem „Unfalle“ gesprochen und die Lungenverletzung auf diesen Unfall zurückgeführt habe, ist nicht anzunehmen. Nicht übersehen werden kann der Umstand, dass der Verstorbene vom Dezember 1888 bis Mai 1890 im Zuchthause gewesen ist. Aber gerade der Aufenthalt in Gefangenenanstalten, zumal durch Jahre hindurch, ist erfahrungsmässig sehr wohl geeignet, bei den Gefangenen Lungenkrankheiten entstehen zu lassen.

m.

Tod durch Cholera als mittelbare Folge eines Betriebsunfalls.

Ein selbstversicherter landwirthschaftlicher Betriebsunternehmer S. zu M. hatte durch Betriebsunfall eine Verletzung der linken Hand erlitten, in Folge deren der Mittelfinger abgenommen werden musste und die übrigen Finger der Hand steif wurden. Um eine höhere Gebrauchsfähigkeit der Hand herbeizuführen, wurde seitens der entschädigungspflichtigen landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft die Unterbringung des Verletzten in einer mediko-mechanischen Anstalt zu Hamburg angeordnet. Kurz nach seinem am 15. August 1892 erfolgten Eintritt in die Anstalt brach in Hamburg die Cholera aus, von welcher auch S. ergriffen wurde und ihr am 29. August 1892 erlag. Die Berufsgenossenschaft zahlte zwar die Verpflegungs- und Beerdigungskosten, lehnte aber die Gewährung von Renten an die Hinterbliebenen ab, weil der Tod in keinem ursächlichen Zusammenhange mit dem erlittenen Betriebsunfalle gestanden habe, der Verstorbene vielmehr lediglich einer Gefahr des gemeinen Lebens zum Opfer gefallen sei.

Das Reichs-Versicherungsamt hat durch Rekursentscheidung vom 16. Oktober 1893 in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht — allerdings aus anderen Gründen, als das letztere — die Entschädigungsansprüche der Hinterbliebenen anerkannt. Aus den Urtheilsgründen ist Folgendes hervorzuheben:

Nach den vom Reichs-Versicherungs-Amt in dauernder Spruchübung ausgebildeten Grundsätzen (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 37 zu § 1 des Unfall-Versicherungsgesetzes) ist die Körperverletzung oder der Tod eines Versicherten als die auf Grund der Unfallversicherungsgesetze zu entschädigende Folge eines Betriebsunfalles dann anzusehen, wenn Unfall und Verletzung beziehungsweise Tod im ursächlichen Zusammenhange mit einander stehen. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht nur dann gegeben, wenn der Unfall die unmittelbare Ursache der Körperbeschädigung ist, diese also aus den unmittelbaren Folgen des Unfalls nach der Körperbeschaffenheit des Verletzten sich von selbst entwickelt, sondern auch dann, wenn die Körperbeschädigung nur eine mittelbare Folge des Unfalls ist, sei es in der Weise, dass dieselbe ihren Grund hat in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalls in besonderem Maasse begünstigt worden ist, oder in der Weise, dass die Körperbeschädigung durch besondere, äusserlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebniss wesentlich mitbestimmenden Maasse ausgesetzt worden ist (zu vergleichen Rekursentscheidungen 246, 258, 323, 358, 874, 1043, 1044 und 1162, Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungs-Amtes 1887, Seite 8, 17, 133, 150, 1890 Seite 500, 1891 Seite 252 und 1892 Seite 321; andererseits Rekursentscheidungen 462 und 1160, daselbst 1888 Seite 83 und 1892 Seite 319; zu vergleichen auch Rosin „Das Recht der Arbeiterversicherung“ Band I Seite 305 ff., sowie die folgenden Entscheidungen 1390 und 1392).

Im vorliegenden Falle steht nun allerdings fest, dass der Erblasser der Kläger durch den von ihm erlittenen Unfall und dessen unmittelbare Folgen (Fingerverletzung und Blutvergiftung) an sich der Gefahr, von der Cholera angesteckt zu werden, keineswegs in erhöhtem Maasse ausgesetzt worden ist. Auch hat das Rekursgericht weder durch das Gutachten des Arztes noch durch die weiteren Erwägungen, welche das Schiedsgericht auf den Betriebsunfall insofern wenigstens mittelbar zurückgeführt werden könne, als der tödtliche Verlauf des Choleraanfalls wesentlich bedingt worden sei durch die in Folge des Unfalls eingetretene Schwächung der körperlichen Widerstandsfähigkeit des Verletzten.

Dagegen musste der Entschädigungsanspruch der Hinterbliebenen aus dem Grunde anerkannt werden, weil die von der Beklagten angeordnete Unterbringung des S. in der mediko-mechanischen Anstalt zu Hamburg, welcher sich dieser ohne die Gefahr eines Rechtsnachtheils nach Lage des Gesetzes nicht entziehen konnte, eine aus dem Betriebsunfall fliessende Maassnahme, also eine Folge des Unfalls darstellt, und diese Maassnahme es war, welche unter den Verhältnissen des vorliegenden Falles nicht blos den äusseren Anlass für die Erkrankung an der Cholera, sondern die wesentlich hierzu mitwirkende Bedingung bildete. Denn S. wohnte fern von Hamburg in einem Orte, welcher regelmässige gesundheitliche Verhältnisse aufwies, und lediglich jene Anordnung der Berufsgenossenschaft führte ihn nach Hamburg, wo bekanntlich die Seuche in der Zeit von der Aufnahme des S. in die Anstalt bis zu dessen am 29. August 1892 erfolgten Tode eine solche Verbreitung erlangte, dass die Gefahr, von derselben angesteckt zu werden, für jeden daselbst sich Aufhaltenden eine über die Gefahr des gewöhnlichen Lebens weit hinausgehende war (zu vergleichen dagegen

die Rekursentscheidung 664, Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1889 Seite 154, wo nach der besonderen Lage des Falles diese Voraussetzung nicht als gegeben angenommen wurde).

Hiernach muss die Beklagte als verpflichtet erachtet werden, für die aus dieser Gefahr sich ergebenden wirklichen Schädigungen als mittelbare Folgen des Unfalls einzutreten.

(Rekurs-Entscheidung v. 16. Okt. 1893.)

Skorbut in Folge eines Betriebsunfalles im Sinne des Seeunfallversicherungsgesetzes.

Die Braker Bark „Emilie", Kapitän H., war am 11. Juli 1891 von Blyth nach Pisagua in See gegangen und hatte bis gegen Ende September leidliches Wetter gehabt. Von da an hatte sie mit schwerer See und widrigen Winden, mit Unwetter aller Art und heftigen, zum Theil orkanartigen Stürmen zu kämpfen, verlor viel Takelage und musste einen Theil der Ladung werfen. Die Reise nahm unter solchen Umständen die ganz aussergewöhnlich lange Dauer von über 150 Tagen an. Zwischen dem 24. und 26. Oktober herrschte besonders starker Sturm. Gewaltige überbrechende Seen beschädigten das Schiff aller Orten. Am 27. Oktober fand sich, dass das in den Tanks mitgeführte Süsswasser vollständig brackig geworden war. Bald darauf, nachdem der Kapitän H. sich schon am 23. September als krank gelegt hatte, erkrankten ein Schiffsjunge, der Segelmacher, ein Matrose und nach und nach bis auf einen die ganze 16 Mann starke Besatzung an Skorbut. Ausser dem Kapitän starben bis zu der am 12. Dezember 1891 erfolgten Ankunft in Pisagua der ersterkrankte Schiffsjunge und der Schiffszimmermann.

Von den Hinterbliebenen des Kapitäns H. wurden Ansprüche auf Grund des Seeunfallversicherungsgesetzes gegen die See-Berufsgenossenschaft erhoben. Der Genossenschaftsvorstand lehnte jedoch die Entschädigungsansprüche ab, da H. lediglich an Skorbut gestorben sei; von einem Betriebsunfall, der seinen Tod herbeigeführt habe, könne auch unter den besonderen Umständen des vorliegenden Falles keine Rede sein. Das Reichs-Versicherungsamt hat durch Rekursentscheidung vom 3. Juli 1893 — entgegen dem Schiedsgericht — die Ansprüche der Hinterbliebenen anerkannt. In den Urtheilsgründen ist Folgendes ausgeführt:

Das Reichs-Versicherungsamt hat auf Grund der Ermittelungen der Vorinstanzen in Uebereinstimmung mit dem Spruch des Seeamts in Brake vom 28. Oktober 1892 als erwiesen angenommen, dass der unter der Mannschaft der Barke „Emilie" ausgebrochene Skorbut ursächlich im Wesentlichen auf den Genuss des etwa am 26. Oktober 1891 brackig gewordenen Trinkwassers zurückzuführen ist. Ob und in welchem Maasse zugleich auch die ungewöhnlich lange Dauer der Reise, die damit verknüpften Entbehrungen und Anstrengungen, die Art der Ernährung oder andere Umstände auf den Verlauf der Krankheit mit eingewirkt haben, kann dem gegenüber auf sich beruhen.

Auch der Tod des Kapitäns H., des Ehemanns beziehungsweise Vaters der Kläger, ist nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts auf den Genuss des brackigen Wassers und der damit zubereiteten Speisen zurückzuführen. Selbst wenn durch die Ermittelungen des Vorstandes der Beklagten als erwiesen zu erachten wäre, dass — was übrigens nach dem Inhalt der Akten keineswegs feststeht — der Kapitän H. bereits vor dem Brackigwerden des an Bord der „Emilie" befindlichen Trinkwassers (26. Oktober 1891) an Skorbut erkrankt gewesen ist, so muss doch als ausser Zweifel stehend angesehen werden, dass der durch Wochen hindurch fortgesetzte Genuss dieses Wassers auf den Verlauf der bereits bestehenden Krankheit des von Natur kräftigen und widerstandsfähigen Mannes einen wesentlich verschlimmernden Einfluss geübt hat. Die Vernichtung des Süsswasservorraths ist also mindestens eine wesentlich mitwirkende Ursache des Todes gewesen.

Dieser Zusammenhang genügt aber, um die Haftung der Beklagten den Klägern gegenüber zu begründen (zu vergleichen Rekursentscheidungen 323, 358 und 1044, Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1887 Seite 133 und 150, 1891 Seite 252, Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 36, 37 Absatz 4 zu § 1, Anmerkung 2 zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes, sowie die unten folgende Entscheidung 1392 Absatz 3 ff.).

Es fragt sich nun, ob das — übrigens in der heutigen Schifffahrt (auch Segelschifffahrt) keineswegs häufige — Auftreten des Skorbuts unter der Schiffsmannschaft der „Emilie" als ein Betriebsunfall beziehungsweise als Folge eines Betriebsunfalles im Sinne des Seeunfallversicherungsgesetzes anzusehen ist. Zweifellos kann in dem tage- und wochenlang fortgesetzten Genuss brackigen Wassers und damit zubereiteter Speisen durch die Mannschaft an sich der Thatbestand eines Unfalles nicht erblickt werden. Dagegen stellt das Eindringen des Seewassers in die Tanks, welches in Folge des Sturmes gewaltsam erfolgt ist, als solches einen Seeunfall dar. War auch mit dem Eintritt dieses Ereignisses nicht unmittelbar eine körperliche Schädigung der Schiffsbesatzung verbunden, so war dadurch doch für die Besatzung sofort die Zwangslage geschaffen, von nun an für eine noch nicht absehbare Zeit brackiges, also die Gesundheit gefährdendes Wasser zu geniessen. Mit der durch ein Elementarereigniss auf hoher See herbeigeführten Vernichtung des Süsswasservorrathes war also sofort eine Bedingung gesetzt, welche mit einer unter den obwaltenden Verhältnissen unabwendbaren Nothwendigkeit in gegebener Zeit zu schwerer Gesundheitsschädigung, wenn nicht zum Tode der Mannschaft führen musste. In der plötzlichen Schaffung dieses Nothstandes ist ein „Unfall" nicht nur nach der Auffassung des gewöhnlichen Lebens, sondern auch im Rechtssinne zu erblicken — jedenfalls im Sinne des Seeunfallversicherungsgesetzes, welches in Berücksichtigung der eigenartigen Verhältnisse und Gefahren der Schifffahrt schon durch die bedingungslose Einbeziehung der durch elementare Ereignisse herbeigeführten Unfälle unter die entschädigungspflichtigen Betriebsvorgänge zu erkennen gegeben hat, dass es den Kreis der letzteren für die Seeunfallversicherung möglichst weit hat ziehen wollen. Der sozialpolitische Zweck des Seeunfallversicherungsgesetzes würde zweifellos entgegen der wohlwollenden Absicht des Gesetzgebers und der allgemeinen Rechtsempfindung nur unvollkommen erreicht werden, wenn lediglich diejenigen durch elementare Ereignisse herbeigeführten Unfälle davon erfasst würden, welche nachweisbar eine sofortige und unmittelbar schädigende Einwirkung auf den Körper der Versicherten ausgeübt haben.

Hiernach war anzuerkennen, dass die durch den Genuss des brackigen Wassers herbeigeführten Krankheiten und Todesfälle als die enschädigungspflichtigen Folgen eines Betriebsunfalles sich darstellen. Die Beklagte war deshalb für verpflichtet zu erachten, den Klägern die gesetzliche Hinterbliebenenrente zu gewähren.

(Rek. Entsch. v. 3. Juli 1893.)

Theilweise Alterserwerbsunfähigkeit vor dem Unfall, welche einen geringeren Arbeitsverdienst nicht verursacht hat, ist bei der Feststellung der Rente zum Nachtheil des Verletzten nicht in Anschlag zu bringen.

— Dem Schiedsgericht ist darin beizutreten, dass § 6 Abs. 6 des landw. Unfall-Versicherungsgesetzes nicht Platz greift, weil nach den Zeugenaussagen von den beiden Voraussetzungen jener gesetzlichen Bestimmung, nämlich dem Vor-

handensein theilweiser Erwerbsunfähigkeit vor dem Unfall und dem dadurch verursachten geringeren als durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst, die letztere Voraussetzung nicht erwiesen ist. Daraus folgt, dass die hier nach dem Gutachten des Kreisphysikus schon vor dem Unfall vorhandene, aber nicht einen geringeren Arbeitsverdienst verursachende Alterserwerbsunfähigkeit bei der Feststellung der Rente zum Nachtheil des Klägers nicht in Anschlag zu bringen, andererseits aber auch lediglich zu erwägen bezw. abzuschätzen ist, inwieweit der Kläger infolge des Unfalls in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist. Wenn der Arzt bei seiner Beurtheilung des Falles von einem Normalmenschen ausgegangen ist, so erscheint das hier, wo, wie gesagt, ein Fall des § 6 Abs. 6 des landw. Unfall-Versicherungsgesetzes nicht in Frage steht, nicht gerechtfertigt. Vielmehr war nur zu erörtern, wieviel der Kläger gerade von seiner konkreten Erwerbsfähigkeit durch den Unfall verloren hat. Bei Prüfung dieser Frage war auch zu berücksichtigen, dass ein älterer Mann von solchen Schäden schwerer betroffen wird, als ein jüngerer. (Rek.-Entsch. vom 6. Februar 1895).

Hitzschlag gilt als landwirthschaftlicher Betriebsunfall.

Unstreitig wurde die Klägerin um die Mittagszeit während einer landwirthschaftlichen Betriebsarbeit vom Hitzschlag betroffen. Ferner ist durch das ärztliche Gutachten festgestellt, dass der Hitzschlag durch direkte Einwirkung der heissen Sonnenstrahlen auf den unbedeckten Kopf der in gebückter Stellung Arbeitenden hervorgerufen ist und anfänglich gänzliche Erwerbsunfähigkeit, vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall an aber eine erhebliche Verminderung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin zur Folge gehabt hat. Hieraus ergiebt sich, dass sowohl die Art der von der Klägerin verrichteten Betriebsarbeit wie der Ort, wo sie diese Arbeit ausführte, dazu beigetragen hat, die Einwirkung der natürlichen hohen Temperatur auf den Körper der Klägerin merklich zu steigern. Bei dieser Sachlage hat das Rekursgericht den in unmittelbarer Folge der gedachten Umstände mit plötzlicher Wirkung eingetretenen Hitzschlag als Betriebsunfall im Sinne des § 1 des landwirthschaftlichen Unfall-Versicherungsgesetzes erachtet, für welchen die beklagte Berufsgenossenschaft entschädigungspflichtig ist (zu vergl. Handb. der U.-V. Anm. 38 Abs. 2 zu § 1 des U.-V.-G. S. 32). (Rek.-Entsch. v. 8. Februar 1895.)

Begriff der „wesentlichen Veränderung in den Verhältnissen des Verletzten" im Sinne des § 70 des landw. Unfall-Versicherungsgesetzes.

Das Reichs-Versicherungsamt vermisst den Nachweis einer wesentlichen Besserung im Zustande des Klägers im Sinne des § 70 des Landes-Unfall-Versicherungsgesetzes. Der Kreisphysikus Dr. A. spricht in seinem Gutachten vom 16. April 1894 ausdrücklich aus, dass der objektive Befund genau derselbe sei, wie bei der Untersuchung im September 1892. Wenn nun auch wirklich der Kläger jetzt befähigt sein sollte, Leitern zu ersteigen und einige Dachdeckerarbeiten zu verrichten, — was er dem Dr. A. nach dessen Angabe erklärt hat, — so kann darin doch beim Fehlen jedes objektiven Besserungsmerkmals eine genügende Begründung für die Anwendung des § 70 cit. nicht gefunden werden. Dazu kommt dann noch das vom Kläger beigebrachte Gutachten des Dr. B. vom 30. April 1894, welcher die von der beklagten Berufsgenossenschaft gewährte Rente nicht für ausreichend hält und einen Befund angiebt, der diese Meinung rechtfertigt. Da hiernach der für die Anwendung des § 70 a. a. O. erforderliche Nachweis nicht ausreichend geführt ist, musste unter Aufhebung der Vorentscheidungen dem Kläger die von ihm früher bezogene Rente wieder zugesprochen werden.

(Rek.-Entsch. vom 8. Febr. 1895.)

Tagesgeschichte.

Kurpfuscher dürfen auch ansteckende Krankheiten behandeln.

Eine sehr bemerkenswerthe Entscheidung hat neuerdings unter dem 22. April 1895 das Preussische Oberverwaltungsgericht getroffen. Ein „Ausüber. der Heilkunde" (eine neue Bezeichnung; sonst wurde immer gesagt: der Schuhmacher oder Schuster u. s. w., aus welchen Worten man gleich die eigentliche Profession des Mannes erkennen konnte) hatte in den Zeitungen angezeigt, dass er „Lungenleiden, Frauenleiden der intimeren Sphäre und galante Krankheiten" heilte. Daraufhin hatte der Polizei-Präsident von Magdeburg unter Bezugnahme auf die §§ 17, 72 des durch Allerhöchste Ordre vom 8. August 1835 bestätigte Sanitäts-Reglement, woselbst die Behandlung ansteckender Krankheiten und auch namentlich der Syphilis ausschliesslich den geprüften Aerzten vorbehalten sei, diesem Manne unter Androhung einer Geldstrafe sowohl die Behandlung von Personen, welche an ansteckenden Krankheiten und insbesondere an Lungenerkrankung, an Frauen- und Geschlechtskrankheiten litten, wie auch den Erlass hierauf bezüglicher öffentlicher Ankündigungen untersagt. — Die Angelegenheit gelangte an das Oberverwaltungsgericht, und dieses entschied, dass reichsgesetzlich Jedermann zur Ausübung der Heilkunde zugelassen sei und es dem Einzelnen überlassen sei, ob er sich in Krankheitsfällen an eine geprüfte oder ungeprüfte Person wenden will, und dass daraus folge, dass für die landesgesetzlich zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren berufene Polizeibehörde die rechtliche Möglichkeit nicht mehr gegeben sei, mit Geboten und Verboten vorzugehen. —

Danach ist also durch das Preussische Oberverwaltungsgericht entschieden, dass die Bestimmung des § 17 des Preussischen Sanitäts-Reglements vom 8. August 1835, dass die Behandlung ansteckender Krankheiten ausschliesslich den Aerzten vorbehalten sei, durch die Reichs-Gewerbeordnung aufgehoben ist.

Was nützen unter diesen Verhältnissen alle die schönen Entdeckungen der letzten Jahre über die Ursachen der Infektionskrankheiten, wenn die Thätigkeit der Sanitätspolizei durch die Reichs-Gewerbeordnung lahm gelegt wird? Was nützt da vor Allem die den Aerzten auferlegte, und die ärztliche Praxis so sehr schädigende Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten, wenn es gestattet ist, dass, wie Syphilis, so auch Diphtherie und Cholera u. s. w. von Kurpfuschern behandelt wird, denen keine Anzeigepflicht obliegt? — Immer und immer wieder muss diese Sachlage dem Publikum, den Behörden und den gesetzgebenden Körperschaften vor Augen geführt werden.

B.

Zehnjährige Thätigkeit der Berufsgenossenschaften.

Am 1. Oktober werden es zehn Jahre sein, dass die Berufsgenossenschaften mit der Ausübung ihrer Befugnisse begannen. Die zuerst in Thätigkeit getretenen 57 gewerblichen Berufsgenossenschaften erhielten in Folge des See- und des Bauunfallversicherungsgesetzes einen Zuwachs von sieben anderen Genossenschaften. Durch das land- und forstwirthschaftliche Unfallversicherungsgesetz wurden 48 geschaffen, sodass es heute überhaupt 112 Berufsgenossenschaften giebt. Dazu kamen ausserdem 385 Ausführungsbehörden.

Die Zahl der Versicherten ist der Erweiterung der Unfallversicherungspflicht entsprechend innerhalb des zehnjährigen Zeitraumes bedeutend gestiegen. Während im ersten Volljahre der berufsgenossenschaftlichen Thätigkeit 3,7 Millionen Versicherte bezw. deren Familien gegen die aus den Unfällen

sich ergebende materielle Noth geschützt waren, war die Zahl der Versicherten im Jahre 1894, dem letzten Volljahre des genannten Zeitraumes, auf rund 18 Millionen angewachsen. Noch gewaltiger ist die Steigerung der Summen, welche von den Berufsgenossenschaften jährlich an Entschädigungsbeträgen verausgabt sind. Im Jahre 1886 wurden 1,9 Millionen ausgezahlt, im Jahre 1894 nicht weniger als 44,3 Millionen. Die Entschädigungssumme hat sich um das Dreiundzwanzigfache erhöht. Die Zahl der Personen, welche der Wohlthaten der Unfallversicherung theilhaftig geworden sind, ist natürlich, wenn auch nicht ganz so bedeutend, ebenfalls gestiegen. Im Jahre 1886 waren es 22682, im Jahre 1894: 322803, also das nahezu Fünfzehnfache. Die Zahlen sprechen zur Genüge für die gewaltige Entwickelung, welche die berufsgenossenschaftliche Thätigkeit in dem verflossenen zehnjährigen Zeitraum bei der Unfallversicherung genommen hat.

Ist das Radfahren für Frauen zuträglich?

Diese Frage, die auch bei uns immer häufiger an den Arzt heranzutreten beginnt, suchte Dr. Townsend in Boston dadurch zu entscheiden, dass er einen Fragebogen an alle in Boston und Umgebung praktizirenden weiblichen Aerzte richtete, der folgende Fragen enthielt: 1. Halten Sie das Radfahren für gesund für eine normale Frau? 2. Haben Sie Nachtheile davon gesehen und welche? 3. Empfehlen Sie es bei irgend welchen Erkrankungen des Uterus? 4. Haben Sie persönliche Erfahrungen darüber? Diese Fragen wurden von 18 Aerztinnen beantwortet. ad 1 sprachen sich Alle mit einer Ausnahme mit Entschiedenheit dafür aus, dass das Radfahren für eine normale Frau zuträglich sei, wobei von einzelnen Beantworterinnen gewisse Einschränkungen gemacht wurden, wie „wenn es mit Maass und Ziel geübt werde, in passender Kleidung, in richtiger Haltung, zur richtigen Zeit". ad 2. Neun Beantworterinnen haben keine Nachtheile vom Radfahren gesehen; vier sahen solche, bestehend in allgemeiner Müdigkeit und Kopfschmerz, nur nach exzessiven Anstrengungen durch Fahren, andere sahen Verschlimmerung bei schon vorher erkranktem Genitalapparat; einzelne Anfälle, wie Nierenblutung, Metrorrhagie, Dysmenorrhoe, werden jedoch auch bei vorher anscheinend gesunden Frauen berichtet. Die dritte Frage wurde nur von zweien verneinend beantwortet; alle Uebrigen empfehlen das Fahren in geeigneten Fällen, d. h. bei chronischen Affektionen, besonders mit träger Cirkulation und schlaffer Muskulatur, bei uteriner Neurasthenie, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe in Folge von Chlorose, leichten Lageveränderungen etc. Mehrere Fälle von Lageveränderungen werden als durch Radfahren gebessert bezeichnet. ad 4 ist nur eine der Beantworterinnen selbst Radfahrerin, was das Vertrauen auf die Objektivität der Angaben zu vermehren geeignet ist. Das Gesammturtheil lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Radfahren für gesunde Frauen für zuträglich gehalten wird und dass es selbst bei gewissen Formen von Uterusaffektion zu empfehlen ist; andererseits vermag ungeeignetes Fahren auch nachtheilig zu wirken.

(Münch. Med. Wochenschr.)

Aerztliche Verantwortlichkeit.

Ein vom Standpunkt der ärztlichen Verantwortlichkeit interessanter Prozess ist kürzlich in Brüssel verhandelt worden. Ein dortiger Arzt hatte eine Frau wegen Gebärmutterbeschwerden behandelt. Ein zum Konsilium beigezogener Professor rieth zum Curettement. Der Gatte erklärte sich mit diesem Vorschlag einverstanden und die Patientin wurde zum Zwecke der Operation in ein Sanatorium aufgenommen. Nach Dilatation der Cervix stellte sich heraus, dass die Patientin ein Uteruscarcinom hatte, und man entschloss sich zur totalen Hysterektomie, ohne die Einwilligung der Patientin, welche in Narkose lag, oder ihres Gatten, der abwesend war, einzuholen. Die Kranke ging in der Folge an einer Blutung zu Grunde. Der Gatte verlangte 50000 Frcs. Schadenersatz. Das Gericht sprach ihm 5000 Frcs. zu. Wahrhaftig, ein schlechter Lohn für den guten Willen.

Selbstanklage eines Arztes.

In Krefeld stand dieser Tage ein Arzt vor der Strafkammer unter der Anklage fahrlässiger Tödtung. Derselbe hatte einem an Lähmungserscheinungen nach Diphtherie leidenden Kinde Strychnineinspritzungen gemacht in einer so starken Dosis, dass der Tod des Kindes zehn Minuten nach der letzten Injektion eintrat. Der Arzt erstattete von dem unglücklichen Ereignisse selbst Anzeige. Nach umfangreicher Beweisaufnahme verurtheilte das Gericht den Angeklagten zu drei Monaten Gefängniss.

(Münch. Med. Wochenschr.)

Bleivergiftung.

Viele Kaufleute pflegen den Zucker auf einer Bleiblatte zu zerschlagen und es wurden in der letzten Zeit in Deutschland, besonders in Sachsen, wiederholte Bleivergiftungen konstatirt, welche ihren Ursprung in dem Genusse eines so zerkleinerten Zuckers fanden. Demzufolge hat der Rath von Dresden die Verwendung bleierner Unterlagen beim Zuckerzerkleinern mit dem Beifügen verboten, dass derartiges Vorkommen mit 150 Mark Geldstrafe und entsprechender Haft zu bestrafen ist.

Tod in Folge genossenen Fenchelthees.

Das neun Wochen alte Kind der zu Hamburg in der Neustädter Fuhlentwiete wohnhaften Eheleute Schikowski starb nach dem Genuss von Fenchelthee, zwischen welchem Theile der Schierlingspflanze sich befanden. Den Thee hatten die Eltern des Kindes von einem in der Nähe wohnenden Krämer (!!) bezogen.

Der Tod durch Elektrizität.

Professor Kratter in Innsbruck berichtet im Verein der Aerzte Steiermarks auf Grund von Versuchen, die er im Anschluss an ein Sektionsergebniss bei Kaninchen und Meerschweinchen gemacht hat, über den Tod durch Elektrizität. Er hält für die erste Wirkung des elektrischen Stromes unter allen Umständen die Athmungshemmung, welche entweder eine endgültige oder eine vorübergehende ist. Dauert der Athmungstillstand eine gewisse Zeit, so kommt es sekundär zum Herzstillstand. Deshalb meint er, der elektrische Tod sei nichts Anderes als eine besondere Art der Erstickung. Durch Elektrizität Verunglückte sind daher so zu behandeln wie Menschen, welche in Erstickungsgefahr sind. L.

Wiederholte Abgabe von Morphium zu Injektionen.

Die Pharmaceutische Zeitung theilt in ihrer Nummer 67 folgenden für Aerzte und Apotheker gleich interessanten Fall mit: Ein Arzt in Nürnberg hatte einer Patientin Morphiumeinspritzungen verordnet und einmal auf das Rezept „3 × zu repetiren", ein anderes Mal: „5 × zu repetiren" bezw. „in jeder Woche 3 × zu repetiren" geschrieben. Das Rezept war von einem Apotheker der Vorschrift gemäss anstandslos repetirt worden; die Aufsichtsbehörde sah hierin jedoch eine Uebertretung der in § 4 der Verordnung über die Abgabe scharf wirkender Arzneimittel gegebenen Bestimmung, wonach Morphium zu Einspritzungen nur auf jedesmalige erneute schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene ärztliche Anweisung abgegeben werden darf. In Folge dessen wurde gegen den betreffenden Apotheker die Anklage erhoben und dieser auch von dem zuständigen Schöffengericht am 14. v. M. auf Grund des § 367 Nr. 5 des Strafgesetzbuches zu 120 Mark Geldstrafe (5 Mark für jeden Uebertretungsfall) verurtheilt.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Specialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 19.** **Ausgegeben am 1. Oktober.**

Die Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts mit Bezug auf Leisten- (Bauch-, Nabel-, Netz-, Magen-) brüche und die daraus hergeleiteten Entschädigungsansprüche.

Von

Dr. **Kries**-Berlin,
Geheimen Regierungsrath im Reichs-Versicherungsamt.

Die Stellungnahme des Reichs-Versicherungsamts zu der obigen Frage ist schon so oft in mehr oder minder eingehender Weise einer Besprechung und theilweise einer Kritik unterzogen worden, dass aus der Häufigkeit derartiger Aeusserungen ein Schluss auf das allgemeine Bekanntsein jener Stellungnahme gezogen werden könnte. Allein der Inhalt dieser Aeusserungen und ebenso vieler in Unfallversicherungssachen erstatteter Gutachten lässt ersehen, dass die Auffassung des Reichs-Versicherungsamts doch Vielen, welche mit der Durchführung der Unfallversicherungsgesetzgebung in Berührung kommen, unbekannt geblieben oder von ihnen in wesentlichen Punkten missverstanden worden ist. Es dürfte daher nicht unangebracht sein, an dieser Stelle eine kurze und übersichtliche Darstellung der bezüglichen Grundsätze zu geben und insbesondere die dabei in Betracht zu ziehenden juristischen und versicherungsrechtlichen Gesichtspunkte zu erörtern.

Ein jeder — begründeter — Anspruch nach den Unfallversicherungsgesetzen setzt dreierlei voraus:

1. einen Betriebsunfall, d. h. ein zeitlich bestimmbares Betriebsereigniss,
2. eine Schädigung, d. h. Beschränkung der Erwerbsfähigkeit einer versicherten Person,
3. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der — gänzlichen oder theilweisen — Erwerbsunfähigkeit.

In dieser Beziehung besteht hinsichtlich der Ansprüche aus Bruchschäden keinerlei Abweichung; es wird von Versicherten und Aerzten vielfach, aber mit Unrecht, angenommen, dass eine solche Abweichung vorliege. Kann ein bestimmtes Betriebsereigniss bezeichnet und nachgewiesen werden, auf welches ein Bruchleidender seinen Anspruch stützt, und wird ferner erwiesen, dass durch dieses Ereigniss der Bruch entstanden ist, so ist der Anspruch begründet. Es ist nicht nothwendig, dass, wie Berufsgenossenschaften, Aerzte und Schiedsgerichte immer noch öfter ausführen, ein aussergewöhnliches, den Betrieb störendes Vorkommniss vorhanden ist. Ein solches gehört nicht zum rechtlichen Begriffe des „Unfalls“ (Rekursentscheidung 230, Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamtes 1886, Seite 274, Anmerkung 33 Absatz 3 zu § 1 des Unfallversicherungsgesetzes in dem von Mitgliedern des Reichs-Versicherungsamts zusammengestellten,, im Jahre 1892 im Verlage von Breitkopf & Haertel in Leipzig erschienenen „Handbuch der Unfallversicherung“, Seite 27), und es gebricht an jeder Unterlage, um bei Ansprüchen aus Bruchleiden in dieser Hinsicht etwas Anderes gelten zu lassen als bei anderen Ansprüchen auf Unfallentschädigung; es ist vielmehr ausgeschlossen, je nach der Art einer Verletzung oder nach dem von dieser betroffenen Körpertheile einen anderen Begriff des „Unfalls“ zu Grunde zu legen. Es ist also an sich möglich, dass ein ganz gewöhnliches Vorkommniss, eine übliche Arbeit, zu einem Entschädigungsanspruche nach den Unfallversicherungsgesetzen Veranlassung geben kann, — wenn nur dieses Vorkommniss oder diese Arbeit zeitlich ausreichend begrenzt erscheint. Es genügt also z. B. nicht, wenn Jemand nur behauptet und sogar nachweist, dass er Steine gehoben, Säcke getragen, Erde gekarrt habe und dergleichen, sofern nicht zugleich dargethan wird, dass diese Arbeit nur während einer kurzen Spanne Zeit (z. B. nicht während eines ganzen Tages oder gar mehrerer Tage) verrichtet worden ist, oder sofern nicht ein bestimmter Zeitabschnitt innerhalb der Arbeitsleistung, z. B. der Augenblick des Hebens des ersten oder zweiten Steines, das Aufladen etwa des fünften Sackes u. s. w., als der Zeitpunkt des Unfalls hingestellt werden kann. Das oben zuerst bezeichnete Erforderniss eines Entschädigungsanspruchs macht hiernach bei Bruchschäden keine besonderen und jedenfalls keine grösseren Schwierigkeiten als bei Unfallentschädigungsansprüchen anderer Art.

Noch weniger ist das zweite Erforderniss — Nachweis einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit — geeignet, den Versicherten Verlegenheiten zu bereiten. Das Reichs-Versicherungsamt nimmt bei jedem Bruchleiden, vorausgesetzt, dass es sich um einen ausgebildeten Bruch, und nicht etwa blos um eine Bruchanlage (siehe unten) handelt, eine nennenswerthe Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit an. Diese folgt aus den Beschwerden, welche aus dem Tragen des Bruchbandes sich ergeben, sowie aus der Schonung, welche die Bruchleidenden sich aufzuerlegen genöthigt sind, und mit Rücksicht auf welche sie sich, selbst wenn der Bruch durch einen Bruchband gut zurückgehalten wird, und wenn das Bruchband gut sitzt, besonders schwerer und anstrengender Arbeiten enthalten müssen. Es wird hiernach, wenn die eben beschriebenen günstigen Verhältnisse vorliegen, und wenn der Bruch ein einfacher, einseitiger ist, in der Regel eine Erwerbsunfähigkeit von zehn Prozent der völligen Erwerbsunfähigkeit angenommen. Bei einem gewöhnlichen Doppelbruche, oder wenn ein einseitiger Bruch besonders gross ist oder durch ein Bruchband nicht gut zurückgehalten werden kann, pflegt die Erwerbsunfähigkeit des Verletzten auf 15 Prozent geschätzt zu werden. Unter Umständen, namentlich wenn der Bruch erheblichere Schmerzen verursacht, oder wenn beschwerliche Nebenerscheinungen z. B. Anschwellungen der Leisten oder der Hoden, Entzündung des Samenstranges — vorhanden sind, kann auch ein beträchtlich höherer Grad von Erwerbsunfähigkeit obwalten. So hat das Reichs-Versicherungsamt in einem Falle bei einem Bruche, welcher dauernd grosse Schmerzen hervorrief, durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden konnte und so ungünstig beschaffen war, dass er wiederholt schon bei heftigeren Bewegungen, beim Husten, Niesen und dergleichen, austrat, und dass ein solcher Austritt jedesmal eine längere ärztliche Behandlung und andauernde vollkommene Ruhe nöthig machte, dem Verletzten eine Rente von 75 Prozent zuerkannt.

Der Punkt nun, welcher den Klägern aus Bruchschäden die meisten Schwierigkeiten bereitet und an welchem die meisten derartigen Ansprüche scheitern, ist der oben zu 3 aufgeführte, — der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Bruch und Unfall. Das Reichs-Versicherungsamt hat nämlich aus seinen reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete die Ueberzeugung gewonnen, dass die meisten Bruchschäden und insbesondere die bei weitem meisten Leistenbrüche — in Folge einer angeborenen oder im Laufe der Zeit entstandenen körperlichen Veranlagung — sich allmählich entwickeln und nur höchst selten durch ein einzelnes, zeitlich bestimmtes Ereigniss plötzlich entstehen. Es muss daher, um einen solchen Ausnahmefall als erwiesen ansehen zu können, ein besonders strenger Beweis dafür verlangt werden. Bei diesem Beweise spielt das Moment eines ussergewöhnlichen Kraftaufwandes, einer besonders anstrengenden Arbeit eine hervorragende Rolle, insofern gerade eine solche geeignet sein kann, einen Leistenbruch plötzlich zur Entstehung zu bringen.

Nur von diesem Gesichtspunkte aus hebt die Rekursentscheidung 1091 (Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1892, Seite 282) eine über den Rahmen des gewöhnlichen Betriebes hinausgehende Anstrengung hervor, während diese Entscheidung häufig dahin missverstanden worden ist, als ob sie für Ansprüche aus Brüchen einen eigenartigen, nur diesen Fällen eigenthümlichen Begriff des „Unfalls“ habe aufstellen wollen. Um jeder Möglichkeit von Missverständnissen dieser Art vorzubeugen, pflegt das Reichs-Versicherungsamt neuerdings in den die Ansprüche aus Bruchleiden zurückweisenden Entscheidungen ausdrücklich zu bemerken, dass unter besonderen Umständen auch eine betriebsübliche Thätigkeit einen Bruchschaden plötzlich hervorrufen könne, dass aber in dem entschiedenen Falle solche Umstände nicht nachgewiesen seien. Ein derartiger Umstand wurde in einer Rekurssache in der besonderen Schwächlichkeit des Verletzten, welche ihm eine an sich betriebsübliche Arbeit sehr erschwerte, ein anderes Mal in der Eigenschaft des Verletzten als Betriebsbeamten, welcher in der Regel nicht selbst mit Hand anzulegen hatte und den dies deshalb, wenn er es ausnahmsweise that, mehr anstrengte, gefunden.

In anderen Fällen ist Gewicht darauf gelegt worden, dass ein Versicherter bei einer an sich betriebsüblichen Arbeit ausglitt oder in eine abnorme Körperstellung gerieth, bei welcher er heftige, insbesondere solche Bewegungen machte, die eine Zerrung der Bauchmuskeln hervorzurufen geeignet erschienen.

Kann hiernach ein Anspruch aus einem Bruchschaden begründet sein, ohne dass ein dem gewöhnlichen Verlaufe des Betriebes fremder Vorfall vorliegt, so wird umgekehrt viel häufiger ein solcher Anspruch doch nicht anerkannt, obwohl ein derartiger ungewöhnlicher Vorfall als erwiesen gelten kann. In der Regel müssen, damit nach der Auffassung des Reichs-Versicherungsamts ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Bruch und Unfall angenommen werden kann, drei Umstände vorliegen: 1. der Kläger muss unmittelbar nach dem als Unfall angesprochenen Vorgange oder doch bald nach demselben die Arbeit eingestellt haben; 2. er muss bald, wenn möglich, noch an demselben Tage, einen Arzt zu Rathe gezogen haben, 3. dieser Arzt muss bescheinigen, dass der äussere Befund bei der ersten Untersuchung nach dem Unfalle für einen plötzlich und frisch entstandenen Bruch oder wenigstens nicht offenbar dagegen gesprochen hat. In dieser Hinsicht kommt z. B. in Betracht, ob der vorgefundene Bruch von grösserer oder geringerer Ausdehnung, ob die Bruchpforte weiter oder enger ist — das Erstere erscheint als ein Zeichen längeren Bestehens. Ferner kann sich bei älteren Brüchen der lange Bruchkanal in eine ringförmige Pforte umgewandelt haben; für ein längeres Bestehen sprechen auch eine derbe Beschaffenheit des Bruchsackes und die Verwachsung des Hodens mit dem Bruche.

Zu den erwähnten Erfordernissen ist das Reichs-Versicherungsamt auf Grund der Erfahrung und Ueberzeugung gelangt, dass ein plötzlich durch einen Unfall entstandener Bruch gewöhnlich — wie dies bei dem gewaltsamen Hervordrängen der Eingeweide nicht anders sein kann — so grosse Schmerzen verursacht, dass der davon Betroffene mindestens zu einer Unterbrechung der Arbeit und zur alsbaldigen Anrufung ärztlicher Hilfe veranlasst wird. Allerdings sind auch diese Erfordernisse nicht unbedingt zwingend, sie brauchen nicht immer sämmtlich im strengsten Sinne vorhanden zu sein. So sind z. B. auch einzelne Ansprüche als begründet anerkannt worden in Fällen, in welchen der Versicherte noch einige Zeit nach dem Unfalle — mit Unterbrechungen, unter Klagen, bei leichter Beschäftigung — weiter gearbeitet, oder in welchen er erst an einem der nächsten Tage nach dem Unfall einen Arzt aufgesucht hatte. Immerhin gehören solche Anerkennungen zu den Ausnahmen; sie sind, wenn sie vorgekommen, meist besonders begründet, auch nicht zu weit ausgedehnt worden; an dem angegebenen Grundsatz als solchem und als Regel ist im Allgemeinen stets festgehalten.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass es gegen die Entstehung eines Bruches durch einen Unfall spricht, wenn ein angeblich Verletzter bei dem behaupteten Unfalle oder bald nachher keinerlei Schmerzensäusserung von sich gegeben hat.

Es spricht ferner gegen eine solche — traumatische — Entstehung, wenn ein Versicherter durch den Unfall einen doppelten Leistenbruch erlitten haben will, oder wenn der angeblich durch den Unfall entstandene Bruch zwar einseitig, bei dem Kläger aber auch auf der anderen Seite eine Bruchanlage oder ein zweifellos nicht von dem Unfalle herrührender ausgebildeter Bruch festgestellt ist. Das Letztgesagte folgt daraus, dass eine erheblichere, äusserlich mehr hervortretende Bruchanlage die allmähliche Entstehung eines Bruches sehr begünstigt, und dass die plötzliche Entstehung eines doppelseitigen Bruches ganz besonders selten ist.

Andererseits schliesst das Vorhandensein einer Bruchanlage vor einem Unfall einen Unfallentschädigungsanspruch nicht aus, sofern nur nachgewiesen werden kann, dass sich plötzlich durch den Unfall, und zwar unter wesentlicher Mitwirkung desselben, aus der Anlage ein vollendeter Bruch gebildet hat. Ueber den Begriff einer „Bruchanlage", eines „vollendeten Bruches" und über die Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden herrscht nun freilich in ärztlichen Kreisen, wie die in Unfallversicherungssachen ausgestellten Atteste ersehen lassen, durchaus keine Uebereinstimmung, vielmehr werden jene Ausdrücke in sehr verschiedenem Sinne angewendet. Das Reichs-Versicherungsamt aber versteht unter einer „Bruchanlage" einen körperlichen Zustand, bei welchem das Austreten der Eingeweide leicht geschehen kann und schon in gewissem Masse (durch merkliche Weite des Leistenringes, Ausstülpung des Bruchsacks und dergleichen) vorbereitet, jedoch noch nicht erfolgt ist, während durch den geschehenen Austritt von Eingeweiden ein vollendeter Bruch gebildet wird (zu vergleichen Rekursentscheidung 468, Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1888, Seite 84). Es liegt nun auf der Hand, dass bei einer sehr weit vorgeschrittenen Anlage das plötzliche Austreten der Eingeweide unter allen Umständen bald einmal erfolgen muss. Geschieht es in einem solchen Falle zufällig nach einem, selbst zeitlich begrenzten, Betriebsvorgange, so ist ein Entschädigungsanspruch nicht gegeben; denn dann ist dieser Betriebsvorgang für den Austritt der Eingeweide nicht wesentlich gewesen, er stellt sich nur als die sogenannte Gelegenheitsursache für den Bruchaustritt dar, und der Bruchleidende ist durch den Unfall nicht geschädigt worden, er hätte auch ohne denselben annähernd zu der gleichen Zeit das ausgebildete Bruchleiden bekommen. Noch weniger kann von einem begründeten Entschädigungsanspruche die Rede sein, wenn nicht einmal nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht ist, dass der Austritt der Eingeweide überhaupt erst nach dem angeblichen Unfall erfolgt ist, wenn vielmehr angenommen werden muss, dass dieser Austritt schon vorher geschehen war und nur erst nach dem als Unfall angesprochenen Betriebsvorgange festgestellt worden ist. Es kommt nicht selten vor, dass ein ausgebildetes Bruchleiden schon lange vorhanden ist, ohne dass der davon Heimgesuchte dies weiss oder auch nur ahnt, und gerade allmählich entstandene Leiden dieser Art entwickeln sich oft lange Zeit weiter, ohne Schmerzen zu verursachen. Es kann daher sich ereignen, dass ein Arbeiter, der schon lange einen Bruchschaden gehabt hat, in Folge desselben zum ersten Male gerade nach einer bestimmten Betriebsarbeit Schmerzen empfindet, und dass nunmehr erst der Bruch gefunden wird. Der Arbeiter mag dann wohl glauben, dass die Arbeit die Ursache für die Entstehung des Bruches gewesen sei, während sie in der That doch nur die Ursache für die Entdeckung des Leidens war. Ein Entschädigungsanspruch besteht in solchen Fällen ebenso wenig, wie wenn irgend eine andere, von innen heraus oder durch fortgesetzte Arbeit entstandene, z. B. eine tuberkulöse, Krankheit zufällig zur Zeit und am Orte des Betriebes dem Kranken zuerst in unangenehmer Weise fühlbar wird.

In den dargelegten Grundsätzen ist das Reichs-Versicherungsamt auch dadurch nicht irre geworden, dass dieselben, wie schon wiederholt angedeutet wurde, mit dem Inhalte der in Unfallversicherungssachen erstatteten ärztlichen Gutachten häufig in der einen oder anderen Beziehung nicht übereinstimmen, ja sogar oft in schroffem Widerspruche stehen. Solche abweichenden ärztlichen Meinungen sind um so weniger geeignet, das Reichs-Versicherungsamt von seinem durch sorgfältige Erwägungen gewonnenen Standpunkte abzubringen, als die Ansichten der Aerzte über diesen Gegenstand vielfach in auffälliger Weise auseinandergehen, während die Auffassung des Reichs-Versicherungsamts nicht allein auf den von ihm und von den Berufsgenossenschaften gemachten Jahre langen Erfahrungen, sondern auch auf eingehend begründeten Erörterungen ärztlicher Autoritäten beruht. Wie wenig massgebend abweichende Gutachten sein können, dürfte allein die Thatsache klar stellen, dass in manchen solchen Gutachten die Behauptung aufgestellt wird, dass Brüche nie plötzlich entstehen könnten, während andere zuweilen die Meinung vertreten, dass diese Entstehungsart eine häufige sei.

Ein eingehend begründetes ärztliches Gutachten, welches sich in allen wesentlichen Punkten mit dem Standpunkte des Reichs-Versicherungsamts in Uebereinstimmung befindet, hat der Königliche Kreisphysikus Dr. Grisar in Trier in einem im Preussischen Medizinalbeamtenverein im Jahre 1893 gehaltenen Vortrage erstattet. Er spricht insbesondere ebenfalls die Ansicht aus, dass das plötzliche Eintreten eines Eingeweides in einen — mehr oder weniger vorgebildeten — Bruchsack zwar möglich sei, jedoch nur selten und aussergewöhnlich vorkomme, während an der „allmählichen Entstehungsweise durch öfters wiederkehrende Erhöhung des intraabdominalen Druckes" als der „häufigsten Bruchbildungsweise" festzuhalten sei. Er bemerkt ferner: „Hätte der angeblich Geschädigte weiter gearbeitet und nicht alsbald nach dem Unfall ärztliche Hilfe zugezogen, so würde ich mich einem Entschädigungsantrag gegenüber ablehnend verhalten; die psychische und physische Allgemeinaffektion bei dem plötzlichen Zustandekommen eines Bruches ist jedenfalls derartig, dass sie auch andere Menschen wie Kassenmitglieder, welche die grössten Anforderungen an uns Aerzte zu stellen gewohnt sind, zum Arzte treiben. Durch eine solche Verschleppung der ärztlichen Untersuchung ist der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges verdunkelt, und den eigenen Angaben (des Verletzten) über den Unfall und dessen Folgen kein Gewicht beizulegen." Endlich hebt auch Dr. Grisar hervor, dass die plötzliche Entstehung eines Bruches im Anschluss an eine plötzliche Gewalteinwirkung erfolge.

Dem Reichs-Versicherungsamt ist von berufsgenossenschaftlicher Seite der Vorwurf gemacht worden, dass es in Bezug auf die Ansprüche aus Bruchleiden zu milde sei und hierdurch ermögliche, dass die Berufsgenossenschaften die Haftung für angeborene oder im Laufe der Zeit von selbst entstandene Schäden übernehmen müssten, während die Arbeiter oft nur zu sehr geneigt seien, einen wirklichen oder vermeintlichen Unfall dazu zu benutzen, diesen für einen schon längst vorher vorhandenen oder jedenfalls unabhängig von dem behaupteten und vielleicht auch erwiesenen Betriebsvorgang entwickelten Schaden verantwortlich zu machen. Schon die vorstehende Darlegung ergiebt, wie unberechtigt ein solcher — selbst in neuerer Zeit noch hier und da laut gewordener — Vorwurf ist. Es mag indessen, um ihn noch weiter zu widerlegen, angeführt werden, dass im Jahre 1894 von 411 bei dem Reichs-Versicherungsamt anhängig gewordenen Bruch- (Rekurs-) sachen nur 38, und in der Zeit vom 1. Januar bis zum

15. Juli 1895 von 400 Bruchsachen nur 32 in einem für die Kläger (Versicherten) günstigen Sinne entschieden worden sind. Unter den 38 Fällen des Jahres 1894 befanden sich 21, in welchen bereits ein in günstigem Sinne für die Kläger ergangenes schiedsgerichtliches Urtheil vorlag, welches vom Reichs-Versicherungsamt bestätigt wurde, so dass also das Rekursgericht den Angriff der beklagten Berufsgenossenschaft oder Ausführungsbehörde gegen das Urtheil des Schiedsgerichts zurückwies; nur in 17 Fällen war der Rekurs eines Versicherten gegen ein ablehnendes schiedsgerichtliches Erkenntniss erfolgreich. Für das Jahr 1895 stellen sich — unter den im Ganzen bereits ergangenen 32 den Versicherten günstigen Entscheidungen — die in Rede stehenden Zahlen auf 15 und 17. Diejenigen Bruch-Streitsachen, in welchen das Reichs-Versicherungsamt für die Kläger günstig entschieden hat, haben hiernach in den angegebenen Zeiträumen nur ungefähr neun Prozent aller in der gleichen Zeit abgeurtheilten Bruchsachen, diejenigen Fälle, in welchen eine solche Entscheidung abweichend von dem Schiedsgericht ergangen ist, nur etwa viereinhalb Prozent der überhaupt entschiedenen Bruchfälle betragen. Unter den 373 Fällen, in welchen das Reichs-Versicherungsamt im Jahre 1894, und unter den 368 Fällen, in welchen es im Jahre 1895 gegen die Versicherten entschieden hat, befanden sich 67 bezw. 62 Fälle, in welchen das Rekursgericht zu dieser Entscheidung abweichend von dem Schiedsgericht gelangt ist, in welchen also dem Rekurse einer Berufsgenossenschaft oder Ausführungsbehörde stattgegeben wurde.

Unter den vielen den Verletzten ungünstigen Entscheidungen des Reichs-Versicherungsamts mögen einige besonders hervorgehoben werden, welche landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften gegenüber ergangen sind und — von den oben erörterten Gesichtspunkten aus — die Ansprüche des Klägers theils mit Rücksicht darauf zurückgewiesen haben, dass der Vorgang, welcher Veranlassung zur Entstehung eines Bruches gegeben haben sollte, nicht mit einer aussergewöhnlichen Anstrengung verbunden war, theils deshalb, weil man ein genügend zeitlich begrenztes Ereigniss vermisste. So handelte es sich bei einer Rekursentscheidung vom 19. Juni 1893 — Prozessliste No. 1176/93 — um einen Bauern, der einen 49,5 Kilogramm schweren Pflug auf einen Wagen gehoben hatte, in einer Rekursentscheidung von dem gleichen Tage — Prozessliste No. 894/93 — um einem Landwirth, welcher beim Eggen auf eine neben ihm liegende Erdscholle getreten, und in einer Rekursentscheidung vom 26. Juni 1893 — Prozessliste No. 1062/93 — um einen solchen, der auf seinem Hofe einen Wagen herumgehoben hatte. Ein Anderer (Ackerer und Tagelöhner) wollte sich beim Mähen einer Wiese einen Bruch zugezogen haben (Rekursentscheidung vom 26. Juni 1893 — Prozessliste No. 1460/93 —); hier wurde ausgeführt, dass selbst, wenn das Mähen als eine schwere Arbeit anzuerkennen wäre, doch nur die längere Fortsetzung dieser Arbeit den Bruch hervorgerufen haben könnte. In einem weiteren Falle (Rekursentscheidung von dem gleichen Tage — Prozessliste No. 1391/93 —) wurde das Abwerfen von etwa 20 Pfund schweren Strohgarben von einem Wagen mit einer „Gabel" nicht als eine aussergewöhnlich anstrengende Arbeit (für ein 15jähriges Mädchen) angesehen; ebenso nicht in einer Rekursentscheidung vom 28. Juni 1893 — Prozessliste No. 955/93 — das Heraufschaffen eines Doppelzentners Mehl über eine Treppe mit einer zweiten Person, und in einer Entscheidung von demselben Tage — Prozessliste No. 1043/93 — das Wasserpumpen. Durch Rekursentscheidung vom 11. Mai 1894 — Prozessliste No. 61/94 — wurde ein Besitzer abgewiesen, der seinen Bruch auf das Heben eines Steines aus einem Graben zurückführte, durch Rekursentscheidung vom 12. Oktober 1894 — Prozessliste No. 1642/94 — ein Versicherter, der sich ein gleiches Leiden beim Kleeabstaken zugezogen haben wollte, durch Entscheidung vom 9. November 1894 — Prozessliste No. 3050/94 — eine weibliche Person, die ihren Anspruch aus dem Abmähen einer Wiese herleitete, durch Entscheidung vom 8. Februar 1895 — Prozessliste No. 3770/94 — ein Kläger, welcher einen Fall von einer Treppe mit einem Mehlsack als Unfall geltend machte.

Wenn es andererseits von Interesse ist, den Thatbestand solcher Fälle näher anzugeben, in welchen ausnahmsweise eine den Versicherten günstige Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts erging, so kann dieserhalb zunächst auf die in den Amtlichen Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1892 Seite 282/283 veröffentlichten Rekursentscheidungen 1091 bis 1094 erwiesen werden. Hier war der Sachverhalt der einzelnen Fälle folgender:

Ein Versicherter hatte einen mit Kohlen gefüllten Eisenbahnwagen, der durch das Aufstossen mehrerer anderer Wagen in zu schnelle Bewegung gekommen war, mit einem Holzscheit plötzlich und gewaltsam aufhalten und zurückstossen wollen; am folgenden Tage wurde von einem Arzt ein rechtsseitiger Leistenbruch festgestellt, und dieser Arzt bescheinigte, dass der Bruch frisch ausgetreten gewesen sei und nicht bereits früher bestanden habe. Ein zweiter Arzt erklärte, dass aus der geringen Weite der Bruchpforte und aus der beobachteten entzündlichen Einklemmung des Bruches mit Bestimmtheit auf ein plötzliches Auftreten desselben in Folge heftiger Anstrengung geschlossen werden müsse. Zudem hatte der Kläger bald nach der beschriebenen, über den Rahmen der üblichen Betriebsarbeit hinausgehenden und die Bauchmuskeln besonders anstrengenden Thätigkeit gegenüber einem Mitarbeiter über starke Schmerzen in der rechten Seite geklagt. In einem andern Falle hatte der Kläger ein etwa 2 Meter hohes, $1^1/_2$ Centner schweres, mit einer Holzbohle verbundenes Pumpenrohr gehoben und auf ein — einen Fuss aus dem Boden hervorragendes — Saugerohr aufgestellt. Ein anderer Versicherter hatte mit einem zweiten Arbeiter zusammen einen schweren Balken über unebenes Erdreich zu tragen; dabei kam er unvermuthet auf eine höher gelegene Stelle des Bodens, und in Folge dessen lastete plötzlich das ganze Gewicht des Balkens auf ihm allein. Er schrie sofort auf, liess den Balken los und äusserte zu dem anderen Arbeiter, indem er sich nach dem Unterleibe fasste, er habe Schmerzen im Leibe, „es sei ihm nach dem Leibe geschossen". Wenige Tage darauf fand ein Arzt einen rechtsseitigen Leistenbruch.

Einer dem Kläger günstigen Rekursentscheidung vom 13. Mai 1894 — Prozessliste No. 4316/93 — lag der Thatbestand zu Grunde, dass der Kläger sofort, nachdem er zwei mit Roggen gefüllte Säcke im Gewicht von 160 und 120 Pfund aufgehoben und einem Knechte zum Wegtragen auf die Schulter gelegt hatte, über Schmerzen und Stiche in der rechten Seite klagte und seine Arbeiten einstellte. Die Schmerzen, wegen deren er im Zimmer verblieb, vermehrten sich so, dass ein Angstschweiss ausbrach, und dass der Kläger am zweiten Tage nach dem beschriebenen Vorgange sich zu Bett legte und einen Arzt rufen liess, welcher letztere bei der alsdann vorgenommenen Untersuchung des Klägers einen rechtsseitigen Leistenbruch feststellte; derselbe machte den Eindruck eines frisch hervorgetretenen. Durch Rekursentscheidung vom 15. Oktober 1894 — Prozessliste No. 311 — wurde der Rekurs einer Berufsgenossenschaft auf Grund folgenden Sachverhalts zurückgewiesen: Der Kläger war beim Anheben von Pflastersteinen mittels einer Spitzhacke zu Boden gefallen, hatte sich sofort an die linke Seite gefasst und über Schmerzen geklagt, zwar noch etwas, jedoch nicht mehr mit

voller Kraft, gearbeitet und war an demselben Tage bei einem Arzte gewesen, welcher einen frisch ausgetretenen linksseitigen Leistenbruch vorfand. In einer Rekursentscheidung vom 12. Februar 1895 — Prozessliste No. 5035/94 — wurde für erwiesen angesehen, dass der Kläger beim Heben eines besonders schweren Steines — des zehnten oder elften — eine plötzliche Schmerzensäusserung von sich gab, die Arbeit sofort einstellte und an demselben Tage einen Arzt in Anspruch nahm, welcher einen linksseitigen Leistenbruch feststellte und ein dem Kläger günstiges Gutachten abgab. Eine Rekursentscheidung vom 8. Mai 1895 — Prozessliste No. 6798/94 — endlich erkannte den Hinterbliebenen eines Zimmermanns, welcher an einem eingeklemmten Leistenbruche verstorben war, die gesetzliche Unfallentschädigung zu. Der Verstorbene war von dem Dache eines Stalles, auf welchem er arbeitete, herabgesprungen und wurde bald darauf, während er kurz zuvor noch anscheinend wohl und gesund gewesen war, von Mitarbeitern in sehr elendem Zustande gefunden. Er klagte über heftige Schmerzen, stellte nach kurzer Zeit die Arbeit ein und legte sich in den Stall; gegen Abend wurde er nach Hause gefahren, wo er sofort nach ärztlicher Hilfe verlangte. Am folgenden Morgen fand der herbeigerufene Arzt einen Bruch, welcher, als der Arzt nach einigen Stunden wiederkam, inzwischen von dem Verletzten mit Gewalt zurückgebracht worden war. Eine Woche nach dem gedachten Vorfalle verstarb der Verletzte. Der zuerst nach dem Unfalle zugezogene Arzt erklärte mit Bestimmtheit, dass der von ihm vorgefundene Bruch frisch gewesen und durch den Unfall entstanden sei, nicht sich allmählich entwickelt habe. Auf dieses Gutachten — welches mit dem anderer Sachverständiger im Widerspruch stand — wurde vom Reichs-Versicherungsamt ein um so grösseres Gewicht gelegt, als der erstere Arzt den Verstorbenen wenige Wochen vor dem Unfall an einem Darmkatarrh behandelt und genau untersucht, einen Bruch aber damals nicht entdeckt hatte. Bis unmittelbar vor dem Unfalle hatte der Verstorbene regelmässig täglich schwere Arbeiten als Zimmerer und Handarbeiter verrichtet. Unter diesen Umständen hat das Reichs-Versicherungsamt angenommen, dass der Bruch plötzlich und in ursächlichem Zusammenhange mit einem Betriebsunfalle — dem Sprunge vom Dach — ausgetreten sei.

Ist einmal festgestellt, dass ein Bruch die Folge eines Betriebsunfalls ist, so muss die Berufsgenossenschaft (Fiskus etc.) auch für die erhöhte Erwerbsunfähigkeit aufkommen, welche durch eine Verschlimmerung des Bruchleidens herbeigeführt wird, sofern diese Verschlimmerung mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhange steht. Durch Rekursentscheidung vom 22. März 1895 — Prozessliste No. 5624/94 — hat das Reichs-Versicherungsamt eine Berufsgenossenschaft mit dem Einwande zurückgewiesen, dass es an einem solchen Zusammenhange fehle, dass vielmehr die Verschlimmerung auf das Nichttragen eines Bruchbandes zurückzuführen sei, weil es der Berufsgenossenschaft nicht gelungen war, thatsächlich nachzuweisen, dass der Verletzte ein Bruchband nicht getragen hatte. Das Verlangen der Berufsgenossenschaft, der Kläger müsse seinerseits nachweisen, dass er das Bruchband getragen habe, wurde nach Lage der Sache als unberechtigt angesehen. Uebrigens hatte ein Bruder des Klägers bekundet, er habe geraume Zeit in dem gleichen Raume mit dem Kläger geschlafen und wisse daher, dass der Letztere während dieser Zeit Morgens regelmässig ein Bruchband angelegt habe. Anders lag der Fall der Rekursentscheidung 557, Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts 1888, Seite 287, in welchem es feststand, dass ein Bruchleidender während einer Arbeit, welche das Wiederhervortreten des Bruches verursachte, ein Bruchband nicht getragen hatte; dieser Kläger wurde vom Reichs-Versicherungsamt abgewiesen.

Auch wenn ein Bruch nicht von einem Unfalle herrührt, kann doch eine durch einen Betriebsunfall plötzlich verursachte Verschlimmerung desselben einer Berufsgenossenschaft zur Last fallen. Es ist dies nicht anders, als wenn ein sonstiges, ohne einen Unfall entstandenes Leiden durch einen Unfall eine akute Verschlimmerung erfährt, so dass der Unfall wenigstens eine wesentlich mitwirkende Ursache für das Zustandekommen des demnächst vorhandenen Zustandes darstellt (Handbuch der Unfallversicherung, Anmerkung 36 zu § 1 des Unfallversicherungsgesetzes, Seite 30, und Anmerkung 2 zu § 5 a. a. O., Seite 129). In diesem Sinne sind — gerade mit Bezug auf verschlimmerte Bruchleiden — unter anderen ergangen die Rekursentscheidungen vom 11. Dezember 1890 — Prozessliste No. 1096/90 — und vom 30. Oktober 1894 — Prozessliste No. 1720/94.

Zum Schluss mögen noch einige Worte über Bauch- (Nabel-, Netz-, Magen-) Brüche Platz finden. Sowohl hinsichtlich der Bezeichnung und Unterscheidung dieser Brüche von einander als in Bezug auf die Frage, ob dieselben ähnlichen oder aber wesentlich anderen physiologischen Gesetzen unterliegen, als die Leistenbrüche, gehen die in Unfallversicherungssachen abgegebenen ärztlichen Gutachten ebensoweit auseinander, wie es in Betreff der oben erörterten Fragen bezüglich der Leistenbrüche der Fall ist. Da Brüche der erstgedachten Art (Bauchbrüche etc.) viel seltener vorkommen, als Leistenbrüche, hat sich mit Bezug auf die ersteren bei dem Reichs-Versicherungsamt noch nicht eine so feste, ständige Praxis bilden können wie bezüglich der Leistenbrüche, — vielmehr ist je nach der Lage des einzelnen Falles enschieden worden. In einer kürzlich entschiedenen Sache (Urtheil vom 26. April 1895 — Prozessliste No. 4468/94) hat sich bei einem Bauch- (Netz-) Bruche das Reichs-Versicherungsamt der — ausführlich und überzeugend begründeten — Ansicht eines hiesigen bedeutenden Chirurgen dahin angeschlossen, dass in dem zu entscheidenden Falle der Bruch nicht plötzlich durch den behaupteten Unfall entstanden war. Dieser Sachverständige bezeichnete als Bauchbrüche „diejenigen Vorstülpungen der Eingeweide, welche an irgend einer beliebigen Stelle der Bauchwand stattfinden, wo normaler Weise anatomisch keine Oeffnung besteht.“ Er führte dann aus, dass solche Bauchbrüche zwar unter Umständen plötzlich, durch „perforirende Wunden“ oder durch „heftige Traumen“ (Stoss, Schlag, Fall, Ueberfahrenwerden und Dergleichen) entstehen können, dass eine solche Entstehungsweise aber selten ist, und dass auch Bauchbrüche sich in der Regel durch allmählich und langsam wirkende Ursachen entwickeln, z. B. durch Schwangerschaft oder in Narben von Operationswunden, oder durch Abmagerung (in Folge Alters oder Krankheit) bei fettleibig gewesenen Personen. Sehr häufig entstehen Bauchbrüche — so äusserte sich der Sachverständige weiter — in folgender Art: Das Bauchfell (peritoneum), welches die Bauchhöhle umkleidet, ist an seiner Aussenseite mittels einer Fettschicht mit der Bauchwand verbunden. Dieses Fettgewebe wächst gelegentlich in feine Lücken und Spalten des Binde- und Muskelgewebes der Bauchwand hinein, z. B. da, wo Blutgefässe hindurchtreten, und zieht das Bauchfell hinter sich her, so dass dieses mit einem Zipfel in die Lücke hineinragt. In den so entstandenen Trichter drücken die Eingeweide hinein und vergrössern und vertiefen ihn. So entsteht allmählich ein Bruchsack, und aus diesem — sobald ein Stückchen Netz hineingleitet — ein Bauchbruch. Die — ausnahmsweise — plötzlich entstandenen Bauchbrüche verursachen heftige Schmerzen.

In dem Falle, für welchen das Gutachten erstattet wurde,

sprach nach der Meinung des Sachverständigen der Thatbestand positiv gegen die traumatische Entstehung des Bauchbruches. Die Arbeit, bei welcher der Bruch zum Austritt gekommen sein sollte — das Tragen von Holzdielen — wurde nicht für geeignet erachtet, eine so grobe Gewalteinwirkung auf den Körper auszuüben, wie sie zur plötzlichen Entstehung des Bruches nöthig gewesen wäre, und der Kläger hatte noch nach dem angeblichen Unfalle bis zum Abend die bezeichnete Arbeit fortgesetzt und dann mehrere Wochen hindurch leichtere Arbeiten verrichtet. Insbesondere dieses Weiterarbeiten würde nach der Meinung des Sachverständigen unmöglich gewesen sein, wenn der Bruch plötzlich entstanden wäre.

Aus dem Vorstehenden ergiebt sich, dass der bei weitem grösste Theil der aus Anlass von Bruchschäden erhobenen Unfallentschädigungsansprüche unbegründet ist, dass aber sehr viele dieser Ansprüche von vornherein aussichtslos sind. Es würden den Versicherten nicht nur mannichfache Aufregungen und Enttäuschungen, sondern auch Kosten —, welche ihnen aus der Wahrnehmung von Terminen und aus der Beschaffung ärztlicher oder sonstiger Atteste oder anderweiten Beweismaterials erwachsen und welche ihnen im Falle ihres Unterliegens in der Hauptsache nicht erstattet werden, — erspart bleiben, wenn sie alsbald nach dem Bemerkbarwerden des Bruchschadens sich darüber klar wären, dass sie eine Entschädigung dafür von einer Berufsgenossenschaft oder von einem anderen Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung nicht zu erlangen vermögen. Sie würden sich in ihr Geschick leichter finden, wenn sie sich sogleich sagten, dass die Unfallversicherungsgesetze nicht den Zweck haben und auch nicht haben können, aller menschlichen Noth abzuhelfen, dass diese Gesetze vielmehr nur unter bestimmten Voraussetzungen Entschädigungsansprüche gewähren, dass die Berufsgenossenschaften nicht allgemeine Wohlthätigkeitsanstalten sind, und dass es immer noch vieles Elend und insbesondere auch viele Krankheiten giebt, auf welche die sozialpolitische Gesetzgebung — unerachtet des weiten Umfanges ihrer Wirkungen und des grossen durch sie geschaffenen Segens — sich nicht bezieht. Die Bruchleidenden könnten sich ferner damit trösten, dass ihr Leiden nicht allein ein sehr häufig vorkommendes, sondern auch in den meisten Fällen ein verhältnissmässig leichtes ist, welches im Gegensatz zu vielen anderen Leiden den damit Behafteten gewöhnlich nur in geringem Masse belästigt und in der Ausübung seiner Berufsthätigkeit behindert. Diesem letzteren Umstande entspricht denn auch die Geringfügigkeit der selbst in den wenigen Fällen, in welchen ein Unfallentschädigungsanspruch überhaupt gerechtfertigt ist, meist nur gewährten Entschädigung, — wird wiederum ein Umstand mehr, welcher das in der Entbehrung der letzteren liegende Ungemach minder schwer erscheinen lässt.

Wenn alle bei der Durchführung der Unfallversicherungsgesetze Betheiligten es sich angelegen sein liessen, die Versicherten, insbesondere die Arbeiter, nach Massgabe der vorliegenden Schrift zu belehren, so würde diesen gewiss dadurch eine nicht geringe Wohlthat erwiesen werden, — ganz abgesehen von der sehr erheblichen und doch keinen Nutzen bringenden Arbeitslast, welche den Berufsgenossenschaften und den mit der Rechtsprechung in Unfallversicherungssachen betrauten Behörden aus der Beschäftigung mit den vielen unbegründeten Ansprüchen erwächst. Auch die Herren Aerzte können sich in dieser Richtung ein Verdienst erwerben, wenn sie, sofern ihr Rath von einem Versicherten wegen eines Bruchleidens nachgesucht wird, diesen mit entsprechender Unterweisung und geeignetenfalls mit Aufklärung über die völlige Aussichtslosigkeit eines etwa beabsichtigten Entschädigungsanspruchs versehen.

Referate.

Deformheilung und Erwerbsunfähigkeit.

Von Dr. Wilhelm Heymann-Berlin.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1895, 6. Heft.)

Verfasser ist von der Annahme ausgegangen, dass durch eine Sammlung der in Fülle vorhandenen Krankengeschichten, wie sie durch die lange beobachteten und vielfach begutachteten Fälle von Knochenbrüchen und deren Folgen in den Akten der Berufsgenossenschaften enthalten sind, und durch kritische Sichtung dieser Fälle eine ausgezeichnete Grundlage sich müsste schaffen lassen, um gleichzeitig zu einer präziseren Prognose über den funktionellen Effekt der Verletzungen und zu einem Urtheil über die — fast von Anfang an von den Berufsgenossenschaften bemängelten — ärztlichen Leistungen zu gelangen, das auch wissenschaftlich zur Beurtheilung und Verbesserung der Behandlungsmethoden verwerthet werden könnte. Er hat daher aus den Akten einer grösseren in Berlin domizilirten Berufsgenossenschaft das Material zu dieser Statistik über die Häufigkeit der deformen Heilung von Knochenbrüchen entnommen. Wir finden in der ersten Tabelle eine summarische Zusammenstellung aller vom 21. Oktober 1885 bis einschliesslich 31. Dezember 1888 zur Behandlung an die betr. Berufsgenossenschaft gelangten Fälle von „einfachen" subkutanen Frakturen der langen Röhrenknochen der Extremitäten, und in der zweiten Tabelle die Zusammenstellung derjenigen von diesen Fällen, welche deform geheilt sind, mit kurzer Beschreibung der Deformität und ihrer Folgen für die Erwerbsfähigkeit der Verletzten. Von den 84 Frakturen der ersten Tabelle sind nicht weniger als 32 deform geheilt. Scheidet man von den 32 Fällen der zweiten Tabelle einen aus, weil er wesentlich von einem Pfuscher behandelt wurde, so bleiben von den 83 Frakturen immer noch 31 übrig, welche in ärztlicher Behandlung deform geheilt sind = 13 in ihrer Wohnung vom Kassenarzte, 18 im Krankenhause Behandelte! Die Ursachen der deformen Heilung sind — meistens in ungenügender ärztlicher Behandlung — in besonderen Verhältnissen des Patienten und der Fraktur selbst zu suchen. Aber selbst wenn man alle Momente, welche die vollständige restitutio ad integrum erschweren, in Betracht zieht, so kann man doch mit den Resultaten nicht zufrieden sein. Von den 81 ärztlich behandelten Frakturen der ersten Tabelle ist zwar bei 46, also bei mehr als der Hälfte, de völlige Erwerbsfähigkeit der Verletzten wieder hergestellt: aber dazu war in einer grossen Anzahl von Fällen eine sehr lange Zeit (bis zu zwei Jahren zwei Monaten) erforderlich. Von den erledigten 32 Fällen, in welchen die Verletzten in verschiedenem Grade erwerbsunfähig geblieben sind, ist die Erwerbsunfähigkeit in 25 Fällen Folge der Heilung in Deformität. Aus dieser auffallend grossen Zahl von Misserfolgen der ärztlichen Behandlung, an denen auch Berliner Krankenhäuser und Kliniken partizipiren, folgt nicht nur, dass das Gros der praktischen Aerzte weit davon entfernt ist, die Technik der üblichen Frakturbehandlung zu beherrschen, sondern auch, dass die Behandlungsmethoden selbst verbesserungsbedürftig sind. — Für die praktischen Aerzte, zu deren täglichem Brote die Behandlung wenigstens der subkutanen Frakturen gehört, kommt es nicht darauf an, dass in den Kliniken einzelne Methoden, geistvoll erdacht, zu blendenden Erfolgen in einzelnen Fällen führen, sondern darauf, dass endlich aus der Fülle der vielen zum Theil sich widersprechenden Empfehlungen der einzelnen Autoren in festen Regeln das Gebiet der starren Verbände, der Schienen- und der Extensionsbehandlung abgegrenzt werde. Einen aufrichtigen Dank ihrer früheren Schüler werden sich aber die

akademischen Lehrer erwerben, wenn sie die allmählich entstandene weite Kluft zwischen klinischer Lehre und ärztlicher Praxis auch ihrerseits mehr als bisher dadurch zu überbrücken suchten, dass sie einerseits den Aerzten erleichterten, die Anwendung der klinischen Methoden durch eigene Anschauung praktisch kennen zu lernen, andererseits die Methoden selbst, welche jetzt vielfach nur in Kliniken anwendbar sind, den Bedürfnissen und Schwierigkeiten der „gewöhnlichen“ Praxis anpassten. — Das ist das Resultat dieser sehr anerkennenswerthen Statistik, zu welcher das Unfallversicherungsgesetz und das Bedürfniss der Berufsgenossenschaften, dass nach einer Fraktur nicht nur der Knochen zusammenheilt, sondern dass auch die Funktion des Gliedes wieder hergestellt wird, wieder einmal eine „kräftige Anregung“ gegeben hat. B.

Eine Karbolsäure-Vergiftung.

Von Dr. Reubold-Würzburg.

(Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin 1895.)

Der 60jährige N. N. trank aus Versehen aus einem Kruge, in welchem er Wein vermuthete, eine 9,28 prozentige Karbollösung, die zur Desinfektion diente, und zwar etwa 100 Gramm. Alsbald „spie der Mann aus“, antwortete auf die Frage „was er Schwarzes am Munde habe?“ mit den Worten: „Ach, das war von dem Stinkzeug im Kruge!“ womit er das Desinfektionsmittel meinte, „pfropfte den Krug wieder zu und stellte ihn ordentlich wieder hin“. Er lamentirte nicht und ging zum Brunnen, wohl um sich den Mund auszuspülen. Von da ab wurde er nicht mehr beobachtet; erst eine Stunde später fand man ihn auf dem Rücken liegend, röchelnd und beinahe bewusstlos; unter zunehmendem Coma wurde die Athmung allmählich schwächer und ohne dass Brechen, Jammern oder Konvulsionen eintraten, erfolgte in $1^1/_2$ bis 2 Stunden der Tod, noch ehe ein Arzt zur Stelle gebracht wurde. — Es waren also weder im Beginn noch im späteren Verlaufe der Vergiftung Zeichen lokaler Reizung eingetreten, dagegen Betäubung und Bewusstlosigkeit wie durch ein narkotisches Mittel. — Auch die Sektion erwies nur sehr mässige lokale Irritation der bezüglichen Schleimhäute auf. Lippen, Mundschleimhaut, Zunge waren leichenblass, aber unversehrt, erst am Zungengrunde und im Rachen fand sich Röthung durch Gefässinjektion. Von hier bis 1 m oberhalb der Ileocöcalklappe hinab war die Schleimhaut des Degustionstraktus in 1 bis 2 Millimeter dicker Schicht belegt mit einer feinflockigen, grieslichen, dickflüssigen, weissen bis weissgelblichen Masse, die sich leicht abspülen liess und durchsät war von feinen Tröpfchen, welche sich durch die schwärzliche Farbe und ihren Geruch deutlich als die verschluckte rohe Karbolsäure kundgaben. Bemerkenswerth aus dem Sektionsbefund war noch, dass Hirn, Hirnhaut und Lungen einen hervorragenden Grad von Blutfülle nicht besassen, dass Karbol-Urin fehlte und spezifischer Geruch in keiner Höhle sonst entdeckt werden konnte. — Die letale Dosis der Karbolsäure würde sehr verschieden angegeben, zu 15—30 Gramm, in einem neuesten gerichtlich-medizinischen Werk (Seydel, Leitfaden der gerichtlichen Medizin, Berlin 1859) zu 20 bis 30 Gramm. — Nach Kobert sei sie sehr gering. — Im vorliegenden Falle waren etwa 10 Gramm verschluckt worden. B.

Fall einer Kreolin-Pearson-Vergiftung nach Scheidenausspülung.

Von Dr. Grassl-Vilshofen.

(Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin 1895.)

Bei einer schwächlichen, tuberkulösen Frau von 35 Jahren wird wegen stinkenden Ausflusses am sechsten Wochenbettstage in gewöhnlicher Rückenlage mit erhöhtem Rücken $1^1/_2$ Liter 3prozentige Kreolin-Pearson-Lösung aus einer Fallhöhe von 70—80 cm eingespült. Die Lösung fliesst leicht und ungehindert in das vorgehaltene Becken ab. Das Scheidenrohr wird nie weiter als ca. 2 cm vom Uterus entfernt eingeführt. Die Wöchnerin lobt die Prozedur, Fieber fällt, Ausfluss verliert den stinkenden Charakter. — Bei der dritten Ausspülung tritt zehn Minuten nach derselben plötzlich ein heftiger, stechender Schmerz rechts vom Uterus nahe am Schambein auf. Die Wöchnerin verliert das Bewusstsein, die Extremitäten werden kalt, der Puls leer, die Respiration oberflächlich. — Unter Kampherinjektion, warmer Einwickelung und künstlicher Athmung erholt sich die Wöchnerin bald und gesundet nach 14 Tagen vollständig. Der Urin war weder am Tage der Ausspülung noch später karbolhaltig. — Nach der Berechnung Ewalds war die gebrauchte Lösung 1,2prozentig karbolhaltig und die verbrauchte Menge betrug annähernd 18 g. — Die Gefährlichkeit der Scheidenausspülung nach Geburten mit Karbollösung auch in ganz schwacher Konzentration ist damit aufs Neue dargethan und die Ungefährlichkeit des Kreolin-Pearson gerade in der Geburtshilfe, die ja von verschiedenen Seiten so betont wurde, erleide einen Stoss um so mehr, als auch von anderer Seite ein ähnlicher Fall gemeldet wurde. B.

Prismen und erheuchelte einseitige Blindheit.

Von Dr. Conrad Fröhlich.

(Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. XXXIII Jahrg. August.)

F. modifizirt den bekannten Prismenversuch Alfred Graefes zur Entlarvung simulirter einseitiger Blindheit dahin, dass er statt des einfachen Prisma ein aus einem Stück geschliffenes Doppelprisma wählt von 12°. Die Mitte wird durch die aneinander stossende Basis beider Prismen gebildet. Er glaubt so mit grösserer Sicherheit die Stelle des monokularen Doppeltsehens finden zu können.

Ferner giebt Verfasser ein bewegliches Doppelprisma an. Die Prismen berühren sich mit der Basis und können leicht von einander entfernt werden, sodass ein schmaler Spalt zwischen ihnen entsteht. In geeigneter Stellung vor dem Auge entsteht monokulare Triplopie. Man färbt nun die Bilder durch vorgehaltenes rothes Glas farbig, bald alle drei, bald nur die Bilder der Prismen oder das des Spaltes, während das angeblich blinde Auge verschlossen ist. Ist der Patient so sicher gemacht, dass er mit seinem sehenden Auge das mittlere Bild (des Spaltes) farbig sieht, hält man vor das angeblich blinde Auge ein rothes Glas, während man den Spalt ungefärbt lässt. Es kommt nun darauf an, dem zu Untersuchenden das Geständniss abzuringen, dass er das mittlere Bild als farbig bezeichnet. Wäre das fragliche Auge wirklich blind, könnte dem Patient das Bild nur weiss erscheinen.

Als Prüfstein für die Ehrlichkeit schlägt F. ein Kalkspathprisma vor. Der Kalkspath besitzt die Eigenschaft der Doppelbrechbarkeit. Die Prismen müssen so geschliffen sein, dass die auffallenden Lichtstrahlen nie in der Richtung der optischen Axe laufen können. In welcher Richtung immer vor ein Auge gehalten, muss ein Kalkspathprisma monokuläre Doppelbilder hervorrufen. Man kann das Kalkspathprisma daher zur schnellen und sicheren Orientirung darüber verwenden, ob ein Versteller durch Unterricht vor dem Zugeständniss von Doppelbildern gewarnt sei. Alle drei kleinen Apparate sind zu beziehen von Hess' Nachf. Berlin, Kommandantenstr. 41. Jacobsohn.

Noch ein Vorschlag zur Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei Augen-Verletzungen.

Von Dr. E. Heddaeus-Essen.

(Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. XXXIII. Jahrgang, August.)

Sehvermögen und Erwerbsfähigkeit nehmen nicht proportional mit einander ab, wie Zehender angenommen hatte.

sondern bei der Herabsetzung des Sehvermögens auf die Hälfte des bisherigen repräsentirt die übrig bleibende Hälfte immer einen wesentlich grösseren Theil Erwerbsfähigkeit, als die verloren gegangene Hälfte. Diesem stetig wiederkehrenden Verhältnisse glaubt H. am besten Rechnung zu tragen, wenn er die Einbusse an Erwerbsfähigkeit gleich setzt dem Quadrate der Einbusse an Sehvermögen. Ist also das Sehvermögen um $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^3/_{10}$, ... $^{10}/_{10}$ des bisherigen, das ist auf $^9/_{10}$, $^8/_{10}$, $^7/_{10}$, ... 0 des bisherigen gesunken, so sinkt die Erwerbsfähigkeit um $(^1/_{10})^2$, $(^2/_{10})^2$, ... $(^{10}/_{10})^2$, d. i. um 1, 4, 9, 16, ... 100 Prozent.

Das Gesammtsehvermögen beider Augen setzt sich der Hauptsache nach zusammen aus: 1. der centralen Sehschärfe jedes einzelnen Auges; 2. dem peripheren Sehen oder Gesichtsfeld jedes Auges; 3. aus dem Binocularsehen, d. i. aus dem zweckmässigen Zusammenwirken beider Augen. — Die centrale Sehschärfe des einzelnen Auges ist fast so gross, wie die Sehschärfe beim gemeinschaftlichen Gebrauch beider Augen, und auch das monoculare Gesichtsfeld ist nur wenig kleiner als das binoculare. Der Werth des zweiten Auges für die Erwerbsfähigkeit besteht daher fast ausschliesslich in der Ermöglichung des Binocularsehens. Hieraus folgt, dass einseitige Sehstörungen eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit nur insoweit bedingen, als sie mit einer Störung des Binocularsehens verbunden sind.

Die näheren Ausführungen sowie Berechnungen, zu deren Erleichterung eine Tabelle beigefügt ist, müssen im Original nachgelesen werden. Jacobsohn.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Erbauung von Heilstätten für Lungenkranke durch Invaliditäts- und Altersversicherungs-Anstalten.

Auf der am 11.—14. Sept. d. J. in Stuttgart abgehaltenen 20. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege stellte der Korreferent, Sanitätsrath Dr. Hampe (Helmstedt), zu obigem Thema folgende Schlusssätze auf:

1. Nachdem weder die Vernichtung der spezifischen Krankheitserreger, noch die Tuberkulinbehandlung der Kranken eine nachweisbare Verminderung der Lungenschwindsucht herbeigeführt haben, greift die öffentliche Gesundheitspflege auf die schon seit Jahrzehnten mit zweifellosem Erfolge geübte „hygienisch-diätetische“ Behandlung der Kranken zurück, welche um so sicherer ist, wenn sie in besonderen Anstalten — „Sanatorien“, „Heilstätten“ — stattfindet.

2. Eine Einschränkung der Lungenschwindsucht werden diese Sanatorien jedoch nur dann und allmählich bewirken können, wenn sie in grösserer Zahl errichtet und auch den weniger begüterten Volksschichten zugänglich gemacht werden.

3. Die Aufgabe, diese hochwichtige humane und hygienische Aufgabe der Lösung entgegenzuführen, ist durch unsere Gesetzgebung vor allen den Invaliditäts- und Altersversicherungs-Anstalten zu Theil geworden; sie haben das Recht, sich ihrer kranken Mitglieder schon vor Eintritt der Invalidität anzunehmen, um diese durch eine zweckmässige Behandlung möglichst zu verhüten. In dem Streben, von dieser Berechtigung Gebrauch zu machen, werden sie zunächst darauf hinwirken müssen, die an Lungentuberkulose Leidenden möglichst früh in Obhut nehmen und den spezifischen Heilanstalten zuführen zu können, denn nur in den ersten Stadien der Krankheit gelingt es ohne allzu grosse Opfer ihren Stillstand zu veranlassen und die Arbeitsfähigkeit der Kranken wiederherzustellen, bezw. zu erhalten. Vor Allem aber werden bei dem gegenwärtigen Mangel an Sanatorien die Versicherungs-Anstalten dahin wirken müssen, solche zu gründen oder gründen zu helfen.

4. Die Sanatorien für Lungenkranke müssen nach den hygienischen Grundsätzen eingerichtet und verwaltet werden, welche in den für Angehörige der begüterten Bevölkerungskreise in Deutschland bestehenden Musteranstalten zur Geltung gebracht sind. Wenn auch einfach ausgestattet, müssen sie doch Alles enthalten, was erfahrungsgemäss zur Erreichung einer grösseren Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers gegen die deletären Einwirkungen der Tuberkelbazillen als nothwendig oder zweckmässig erscheint.

5. Die Sanatorien dürfen nicht ohne Vorkehrungen und Einrichtungen bleiben, welche nothwendig sind, die spezifischen Krankheits-, insbesondere die Auswurfstoffe zu vernichten und für die Nachbarschaft unschädlich zu machen.

6. Ohne einen ständigen, sachkundigen Arzt wird der Erfolg der Anstaltsbehandlung stets ein zweifelhafter bleiben. Ihm liegt es ob, durch stete persönliche Einwirkung den Muth der Kranken zu beleben und ihnen die für ihre Genesung erforderliche Lebensweise so fest und sicher einzuüben und anzugewöhnen, dass sie dieselbe auch in ihrem Familienkreise nach ihrer Heilung ohne Zwang fortsetzen werden.

Hygienische Beurtheilung von Trink- und Nutzwasser.

In derselben Versammlung wurden vom Geh. Medizinalrath Professor Dr. Flügge (Breslau) folgende Leitsätze für die Begutachtung des Trink- und Nutzwassers aufgestellt:

1. Die bis jetzt übliche hygienische Begutachtung der Wässer lediglich auf Grund der chemischen, bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchung eingesandter Proben ist fast in allen Fällen verwerflich.

2. Die einmalige Prüfung eines Wassers auf seine hygienische Zulässigkeit als Trink- oder Brauchwasser muss vor Allem durch Besichtigung und sachverständige Untersuchung der Entnahmestelle und der Betriebsanlage erfolgen. In manchen Fällen liefert diese Prüfung allein bereits eine Entscheidung. Meistens ist eine Ergänzung durch grobsinnliche Prüfung des Wassers sowie durch die Eisen- und Härtebestimmung wünschenswerth; selten ist eine weitergehende chemische, bakteriologische oder mikroskopische Untersuchung zur Sicherung der Resultate erforderlich. Bei Neuanlagen von centralen Grundwasserversorgungen muss man sich mit besonderer Sorgfalt von der Keimfreiheit des betreffenden Grundwassers vergewissern.

3. Zur fortlaufenden Kontrole von Wasserversorgungen, deren Anlage und Betrieb bekannt ist, eignet sich die bakteriologische, zuweilen auch die chemische Analyse einwandfrei entnommener Proben. Die hygienische Bedeutung auffälliger Resultate der Analyse ist meist nur aus einer wiederholten Besichtigung und Untersuchung der Versorgungsanlage zu entnehmen.

Die 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte tagte vom 16. bis 21. September in Lübeck. In der Sektion für gerichtliche Medizin war nur ein Vortrag angemeldet von Prof. Dr. Seydel-Königsberg über kriminellen Abort. Die Sektion für Unfall-Heilkunde war recht gut besucht. Es wurden mehrere für die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit sehr interessante Vorträge gehalten, von denen wir in der nächsten Nummer Autoreferate bringen werden. Der Vortrag von Dr. L. Becker-Berlin „Ueber die Motivirung der ärztlichen Gutachten in Unfallsachen“ soll nächstens in extenso in dieser Zeitung erscheinen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Entstehung eines Krebsleidens im ursächlichen Zusammenhang mit einem Betriebsunfalle.

Ein Pferdebahnkutscher L. war im Jahre 1892 am Magenkrebs gestorben. Seitens der Hinterbliebenen wurde Anspruch auf Rente erhoben und dieser damit begründet, dass das Krebsleiden auf die Folgen eines im Jahre 1887 erlittenen Unfalls zurückzuführen seien. Das Reichsversicherungsgericht forderte zunächst ein ärztliches Gutachten darüber ein, ob die erlittenen Verletzungen und Kontusionen das zum Tode des L. führende Krebsleiden unmittelbar veranlasst haben oder ob die durch den Unfall bedingten Leiden bezw. der dadurch hervorgerufene weitgehende Kräfteverfall die organische Entwickelung des Krebsleidens begünstigt bezw. ob etwa ein schon früher bestandenes Krebsleiden durch die Folgen des Unfalls in seinem Verlaufe so sehr beeinflusst worden sei, dass der Eintritt des Todes dadurch erheblich beschleunigt sei. Der betreffende Sachverständige verneinte die erste und dritte Frage unbedingt; während er die zweite Frage nur bedingt bejahte; in einem Gegengutachten wurde dagegen der mittelbare ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem todbringenden Krebsleiden in einem fast an Gewissheit grenzenden Grade als wahrscheinlich bezeichnet. Von dem Reichs-Versicherungsamt wurde hierauf ein Obergutachten von Professor Dr. W. eingezogen, das zu dem Ergebniss kam: Der durch den Unfall bedingte Kräfteverfall ist keine Vorbedingung für die organische Entstehung des zum Tode führenden Krebsleidens, weil durch einen Kräfteverfall ein Krebsleiden nicht entsteht. Es muss aber mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass ein viel direkterer, mittelbarer, ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Krebsleiden besteht, indem dasselbe sich höchst wahrscheinlich nicht entwickelt hätte, wenn nicht die Magenschleimhaut, — sei es durch Schleimhautzerreissungen in Folge der Kontusion, sei es durch die traumatische Neurose, die eine unmittelbare Folge der Verletzung darstellt — in einen Zustand der chronischen Reizung versetzt worden wäre. Der Grad der Wahrscheinlichkeit des mittelbaren Zusammenhanges ist zahlenmässig nicht auszudrücken, er ist aber jedenfalls ein sehr hoher, fast an Gewissheit grenzender.

In Folge dieses Gutachtens hat das Reichs-Versicherungsamt dem Antrage der Hinterbliebenen unter folgender Begründung stattgegeben:

Die Beklagte hat den Klägern Schadenersatz nach Massgabe des § 6 des Unfallversicherungsgesetzes nicht blos zu leisten, wenn das den Tod des L. unstreitig veranlassende Krebsleiden durch den Unfall vom 1. September 1887 unmittelbar herbeigeführt ist, sondern es muss eine gleiche Verbindlichkeit der Beklagten vielmehr schon anerkannt werden, wenn jenes Krebsleiden unter der Mitwirkung hinzutretender ungünstiger Umstände — z. B. einer bestehenden körperlichen Disposition des Verletzten zu krebsartigen Erkrankungen — mittelbar durch Folgen des Unfalls hervorgerufen ist. Eine unmittelbare Ursächlichkeit des Unfalls für das Krebsleiden und damit den Tod des L. kann nun nach dem übereinstimmenden Gutachten sämmtlicher hierüber gehörter Gutachter nicht angenommen werden.

Hinsichtlich des mittelbaren ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Tod durch Magenkrebs sind die in Betracht kommenden Gutachter getheilter Ansicht, indem zwei einen solchen Zusammenhang verneinen, zwei dagegen ihn als höchst wahrscheinlich, ja fast gewiss, bezeichnen. Ein Anlass zu weiterer Beweisaufnahme ist hieraus vorweg nicht zu entnehmen. Denn die in Betracht kommenden Fragen sind zweifellos von den Gutachtern wissenschaftlich erschöpft und thatsächlich mit positiver Gewissheit nach dem Stande der Sache überhaupt nicht zu entscheiden. Vielmehr war, wie das Reichs-Versicherungsamt annimmt, die Entscheidung lediglich auf Grund des vorliegenden Sachverhalts zu finden.

Auf dieser Grundlage aber ist das Reichs-Versicherungsamt zu der Feststellung gelangt, dass der Unfall — sei es durch Verletzung der Magenscheimhaut, sei es durch einen in Folge der Unfallsneurose eingetretenen entzündlichen Zustand der Magenwände — im Magen des Verletzten Verhältnisse geschaffen hat, welche den — bewiesenermassen hier zuerst erfolgten — Ausbruch des Krebses örtlich in so hohem Masse begünstigten, dass die Entstehung des Krebsleidens, gerade weil sie im Magen erfolgte, in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden muss. Dabei wird nicht verkannt, dass neben dem Zustand der Magenwand noch andere unbekannte organische Voraussetzungen der Krebskrankheit mitgewirkt haben mögen, aber angenommen, dass diese Krankheit den im Beginn der dreissiger Jahre stehenden Verletzten nicht, beziehungsweise noch nicht, befallen haben würde, wenn nicht der Zustand seines Magens in Folge des erlittenen Unfalls besonders günstige Bedingungen für den Eintritt der Krebskrankheit geboten hätte.

(Rek. Entsch. v. 4. Dezember 1894.)

Entstehung eines Krebsleidens ohne ursächlichen Zusammenhang mit einem Unfall.

Der Bergmann M. zu K. war am Magenkrebs gestorben. Die Hinterbliebenen des Verstorbenen erhoben bei der Knappschafts-Berufsgenossenschaft Anspruch auf Rente, weil der Magenkrebs durch die von dem Genannten am 14. November 1892 erlittenen Verletzungen (insbesondere des Rückens) unmittelbar hervorgerufen oder doch in seinem zum Tode führenden Verlaufe durch jenen Unfall wesentlich verschlimmert und beschleunigt worden sein sollte. Bis zum Unfall sei der Verstorbene völlig gesund und insbesondere nicht magenkrank gewesen. Ihr Anspruch wurde jedoch sowohl von der Berufsgenossenschaft und dem Schiedsgerichte als vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen. Von dem letzteren unter folgender Begründung:

Die ergangene Entscheidung hatte davon auszugehen, dass M. bei dem Unfall vom 14. November 1892 eine Verletzung der Magengegend, sowie eine sichtbare Verletzung des Rückens nicht erlitten hat. Dies erhellt, soweit die vordere Magengegend in Betracht kommt, aus M.'s eigenen Angaben und bezüglich des Rückens mit Sicherheit aus der Thatsache, dass, wie die Krankengeschichte vom 27. Juni 1894 ausdrücklich hervorhebt, bei der am Unfalltage erfolgten Einlieferung in das Lazareth zu K. am Rücken des M. Spuren einer äusseren Verletzung nicht vorhanden gewesen waren. Die beim Unfall durch herabfallende Kohle eingetretene Quetschung des Rückens konnte hiernach eine irgendwie erhebliche nicht gewesen sei. Auch erschien es ausgeschlossen, dass M. mehrere Wunden im Rücken beim Unfall davongetragen haben sollte. Der vom Reichs-Versicherungsamt gehörte ärztliche Gutachter ist daher zur Verneinung des von den Klägern behaupteten ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und der Entstehung des Krebsleidens gelangt; einmal deshalb, weil für eine traumatische Entstehung des Magenkrebses jeder Anhalt aus der klinischen Erfahrung fehle, sodann aber aus der Erwägung, dass nach den Ermittelungen eine Verletzung der Magengegend beim Unfall nicht eingetreten war. Diese letztere Erwägung blieb selbst dann ausschlaggebend, wenn man mit den in der Rekurssache L. wider Strassenbahn-Berufsgenossenschaft erstatteten und von

dem gegenwärtig erkennenden Rekursgericht eingesehenen ausführlichen ärztlichen Gutachten annehmen wollte, dass Kontusionen der Magengegend durch nachtheilige Einwirkungen auf die Magenschleimhaut die örtlichen Voraussetzungen für die Entstehung des Krebses im Magen hervorbringen können. Denn eben eine unmittelbare Verletzung der Magengegend war im vorliegenden Falle nicht erwiesen und auch sicherlich nicht erfolgt, da ja die beim Unfall wirkende äussere Gewalt lediglich den Rücken und auch diesen nur in äusserlich nicht bemerkbarer Weise betroffen hatte. Ein ursächlicher Zusammenhang der Entstehung des Krebsleidens mit dem Unfall ist vom Reichs-Versicherungsamt nach alledem nicht anerkannt worden.

Ebenso war für den Fall, dass das Krebsleiden des M. zur Zeit des Unfalls vom 14. November 1892 bereits bestanden hat, oder unabhängig von diesem Unfall nach dem 14. November 1892 entstanden ist, eine nachtheilige Beeinflussung des Krebsleidens durch den Unfall und das von demselben bedingte Krankenlager auszuschliessen. Nach dieser Richtung hat zunächst die stattgehabte Sektion, wie ausdrücklich hervorgehoben wird, keinerlei Ergebniss gehabt, wie denn auch weder nach den Beobachtungen während des Lazarethaufenthalts, noch nach dem Sektionsbefunde irgend ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfalle des M. und dessen zum Tode führenden Krebsleiden sich hat annehmen lassen. Ausserdem äussert sich das vom Reichs-Versicherungsamt eingeholte oberärztliche Gutachten dahin, dass die Frage, ob ein zur Zeit der Verletzung schon bestehendes Krebsleiden, durch dieselbe in seinem Verlaufe so nachtheilig beeinflusst werden konnte, dass der Tod dadurch erheblich beschleunigt wurde, dahin zu beantworten ist, dass weder durch die Erfahrung noch durch theoretische Erwägungen eine derartige Aufnahme gestützt werden kann. (Rek.-Entsch. v. 22. April 1895.)

Zellgewebsentzündung in Folge Eindringens eines Infektionsstoffes durch eine aufgegangene Brandblase als Betriebsunfall; Rentenbemessung bei Verlust des rechten Daumens.

Der Arbeiter B. zu H. hatte den rechten Daumen dadurch verloren, dass ihm dies Glied in Folge der Erkrankung an einer Zellgewebsentzündung abgenommen werden musste. Diese Krankheit setzte das Eindringen eines Infektionsstoffes in das Innere des betroffenen Gliedes voraus, zu dem nach ärztlichem Gutachten eine aufgegangene Brandblase am Finger die Eingangspforte gebildet hatte. Thatsächlich hatte der Verletzte dem Zeugen B. eine solche Blase an dem einen geschwollenen Daumen gezeigt und zwar wenige Tage später, nachdem B. heissen Kalk in Blechmulden aus dem Ofen getragen und dem Zeugen seine beiden mit Brandblasen bedeckten Hände vorgewiesen hatte. Die Steinbruchs-Berufsgenossenschaft sowie das Schiedsgericht zu Halle a. S. nahmen an, dass es sich bei dem Verlust des Daumens nicht um einen Betriebsunfall, sondern um die Folge einer Krankheit handle, für deren Folgen der Verstümmelte einen Anspruch auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes nicht erheben könne.

Dieser Auffassung ist das Reichs-Versicherungsamt, welches nach dem von dem etc. B. eingelegten Rekurs mit der Sache befasst wurde, entgegengetreten. Nach den Entscheidungsgründen war es genügend wahrscheinlich gemacht, dass die Entzündung, welche zum Verlust des Daumens führte, in einer durch das Verbrennen mit heissem Kalk veranlassten Brandblase am Daumen ihre Ursache hatte, und wurde durch den Umstand, dass der Kläger noch weitere Brandblasen an beiden Händen hatte, diese Wahrscheinlichkeit nur erhöht. Die Blase hat sich der Kläger aber bei seiner Betriebsthätigkeit und durch diese zugezogen, da er genöthigt war, den noch glühend heissen Kalk in gehäuften Mulden mit den Händen aus dem Ofen zu tragen, auch können die Blasen nicht das Ergebniss der allmählich wirkenden Beschäftigung des Klägers mit heissen Gegenständen sein, vielmehr setzt jede einzelne von ihnen einen besonderen Verbrennungsprozess in Folge der plötzlichen Berührung der Haut mit einem heissen Gegenstande, dem Kalk, voraus, also einen Vorgang, der sich in jeder Beziehung als Betriebsunfall darstellt. Durch die häufige Wiederholung des Vorganges wird er dieses Charakters ebensowenig entkleidet wie dadurch, dass er in den meisten Fällen ohne nachtheilige Folgen für die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen verläuft; sind daher, wie im vorliegenden Falle, solche Folgen ausnahmsweise eingetreten, so ist ein Entschädigungsanspruch nach § 5 des Unfallversicherungsgesetzes begründet. Bei der Schätzung der Beeinträchtigung des Klägers in seiner Erwerbsfähigkeit ist nicht nur zu berücksichtigen, dass der Kläger in Folge des Unfalles den rechten Daumen verloren hat, sondern auch in Betracht zu ziehen, dass der Kläger beim Gebrauche der rechten Hand auf die Mitwirkung des Daumens in erhöhtem Masse angewiesen war, da die rechte Hand bereits vor dem Unfall in Folge von Rheumatismus verkrüppelt war und zwei steife Finger hatte. Die durch den Verlust des gesunden Daumens herbeigeführte Schmälerung der Erwerbsfähigkeit ist unter diesen Umständen auf $33\frac{1}{3}$ Prozent der völligen Erwerbsunfähigkeit zu schätzen und der Beklagten die Feststellung der Rente nach diesem Prozentsatze in einem besonderen Verfahren nach vorgängiger Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes zu überlassen.

(Rek.-Entsch. vom 21. Mai 1895).

Aus dem Reichsgericht.

1. Rechtlicher Begriff des Sehvermögens.

2. Niemand kann gezwungen werden, eine Operation an sich vornehmen zu lassen.

Eine Körperverletzung ist nach § 224 des Strafgesetzbuchs als schwere (mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängniss nicht unter einem Jahre) zu bestrafen, wenn sie zur Folge hat, dass der Verletzte das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen verliert. In Bezug auf diese Bestimmung hat das Reichsgericht, II. Strafsenat, durch Urtheil vom 6. März 1895 ausgesprochen:

1. Der Verlust des Sehvermögens ist anzunehmen, wenn das Auge zwar noch für Lichteindrücke empfänglich, das Unterscheidungsvermögen oder die Fähigkeit, äussere Gegenstände wahrzunehmen, jedoch erloschen ist.

2. Die Möglichkeit, dass die Sehkraft des Auges durch einen operativen Eingriff wiederhergestellt werden kann, ist rechtlich bedeutungslos. „Allerdings wird in dem Urtheil die Möglichkeit offen gelassen, dass die Sehkraft des Auges durch einen operativen Eingriff wiederhergestellt werden könne; es ist indess hierauf kein Gewicht gelegt, da Niemand gezwungen werden könne, eine Operation an seinem Körper vornehmen zu lassen, und es lediglich darauf ankomme, ob die Sehkraft gegenwärtig als verloren zu betrachten sei. Diese Erwägungen sind rechtlich zutreffend, da § 224 St.-G.-B. Platz zu greifen hat, wenn das Sehvermögen infolge der Körperverletzung verloren ging; während nicht erforderlich ist, dass die Körperverletzung die ausschliessliche Ursache jenes Verlustes gewesen sei."

Aus dem Kammergericht.

Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten.

Der prakt. Arzt Dr. Ch. war auf Grund einer Polizeiverordnung des Königl. Regierungs-Präsidenten zu Posen vom

12. August 1892 in eine Geldstrafe von fünf Mark verurtheilt worden, weil er es unterlassen habe, von einem unter choleraverdächtigen Umständen erfolgten Todesfall dem zuständigen Kreisphysikus unverzüglich die vorgeschriebene Anzeige zu erstatten. Es wurde festgestellt, dass der Todesfall früh Morgens eingetreten war, und dass der Angeklagte Mittags gegen ein Uhr dem Kreisphysikus mündlich davon Anzeige gemacht habe. In seiner Berufung machte der Angeklagte geltend, dass er sofort nach dem Ableben des Kranken zunächst der Ortspolizeibehörde die Anzeige gemacht habe. Sodann sei er noch im Laufe desselben Vormittags persönlich in die nahe gelegene Kreisstadt gegangen, um auch dem Kreisphysikus mündlich eine Meldung zu erstatten. Diesen habe er jedoch nicht gleich zu Hause getroffen und ihm lediglich aus diesem Grunde die Anzeige allerdings erst um ein Uhr machen können. Die Strafkammer zu Posen verwarf die Berufung mit der Ausführung, dass der Angeklagte seiner Pflicht nicht genügt habe; vielmehr habe er sofort und ohne jeden Verzug eine schriftliche Meldung an den Kreisphysikus senden müssen. Nunmehr legte der Angeklagte Revision ein, zu deren Rechtfertigung er ausführte: Zunächst sei die Polizeiverordnung vom 12. August 1892 formell ungiltig, weil sie ohne Zustimmung des Bezirksausschusses erlassen sei, und es könne daher eine Verurtheilung auf Grund derselben überhaupt nicht erfolgen. Sodann habe eine Anmeldepflicht für ihn auch deshalb nicht bestanden, weil er den Fall für Cholera überhaupt nicht gehalten, sondern eher an eine Opiumvergiftung gedacht habe; es sei demnächst auch durch die Obduktion festgestellt worden, dass der Patient nicht an Cholera verstorben sei. Endlich habe er aber auch den Vorschriften der Verordnung genügt. Dass eine schriftliche Anzeige früher in die Hände des Kreisphysikus gelangen werde als die mündliche Meldung, habe er gar nicht annehmen können. Die Verzögerung, die dadurch veranlasst wurde, dass er den Physikus nicht gleich angetroffen habe, könne ihm nicht zur Last gelegt werden.

Der Strafsenat des Kammergerichtes gab der Revision statt und erkannte am 25. April cr. unter Aufhebung der Vorentscheidung auf Freisprechung des Angeklagten. Der Gerichtshof nahm an, dass die Polizeiverordnung zwar formell giltig, aber rechtsirrthümlich angewendet sei. Eine bestimmte Form der Anzeige sei nicht vorgeschrieben; dieselbe könne also ebensowohl mündlich als schriftlich geschehen. Wenn ferner eine ungesäumte Anzeige vorgeschrieben sei, so könne doch von dem Angeklagten nicht mehr verlangt werden, als dass er seinerseits nichts versäume und Alles thue, was erforderlich sei, um die Anzeige so rasch als möglich an den Physikus gelangen zu lassen. In dieser Beziehung aber sei dem Angeklagten im vorliegenden Falle kein Vorwurf zu machen.

(Urth. vom 25. April 1895.)

Bücherbesprechungen.

Wehmer, Dr. R., Regierungs- und Medizinalrath: Grundriss der Schulgesundheitspflege unter Zugrundelegung der für Preussen giltigen Bestimmungen. Berlin, Richard Schoetz, 1895. Preis brosch. 3 Mark, geb. 3,60 Mark.

Wenn heutzutage in irgend einer medizinischen Disziplin ein neues Lehrbuch erscheint, so wird das Urtheil über die Werthigkeit desselben immer von der Vorfrage abhängen, ob denn überhaupt ein Bedürfniss für die Herausgabe eines solchen vorhanden war. Kann man sich doch der Ueberzeugung nicht verschliessen, als ob dieser Zweig unserer Fachliteratur nach mancher Richtung hin sich in allzu reicher Fülle entwickelt hat.

Das vorliegende Buch wird selbst dieser scharfen Fragestellung gegenüber volle Anerkennung finden. Ein blosses Durchblättern schon wird dem Kundigen die Ueberzeugung geben: Hier ist ein origineller Gedanke in mustergiltiger Form durchgeführt. Das Buch ist ein Lehr- und Nachschlagebuch im besten Sinne des Wortes, verwerthbar nicht nur für Aerzte, nein für Alle, welche zu der Schule und dem Wohl und Wehe der Schüler in Beziehung treten, also für Lehrer, Verwaltungsbeamte, Angehörige von Schülern und Förderer freiwilliger Liebesthätigkeit.

Gerade auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege finden sich in unserem engeren Vaterlande Preussen eine Reihe von behördlichen Bestimmungen, welche oft mehr den Charakter hygienischer Rathschläge als den von Verfügungen tragen. Diese bilden den Grundstock des Lehrgebäudes, sie sind die „Bausteine“, welche der Verfasser durch einen auf die bewährtesten Lehren der öffentlichen Gesundheitspflege beruhenden Text zu einem lückenlosen Ganzen verband. Dieser Text trägt den Stempel der Volksthümlichkeit, in dem er sich bei den einzelnen Fragen meist zu knappen, leicht verständlichen Leitsätzen gruppirt. Auch bietet die Eigenarbeit des Verfassers mehr als eine rein subjektive Meinungsäusserung. Der Inhalt hat die Kritik und Billigung der wissenschaftlichen Deputation erfahren.

Die Materie ist zweckmässig in drei Theile getheilt: 1. Das Schulhaus und seine Einrichtungen. 2. Gesundheitsgemässe Ertheilung des Unterrichts. 3. Gesundheitsstörungen der Schüler. Immer sind nach einer dem Verfasser von dem Herrn Kultusminister gegebenen Anregung die unerlässlich geringsten Anforderungen von den höheren zwar zweckmässigen, jedoch nur wünschenswerthen unterschieden.

Da alles wissenschaftlich Strittige vermieden und das Buch auch für Laien bestimmt ist, kann das Fehlen des Beiwerks von Literaturangaben nur gebilligt werden. L.

Dr. M. Eyff, Das Physikatsexamen, Gang der Prüfung und praktische Rathschläge für dieselbe. Berlin, Richard Schoetz, 1895. Preis 80 Pfennige.

Verfasser giebt in dieser kurzen, 20 Seiten umfassenden Schrift zuerst die Bestimmungen über die Physikats-Prüfung nach ihrem Wortlaut, dann zählt er alle Disziplinen auf, welche mehr oder weniger gründlich durchgearbeitet werden müssen; es folgen Rathschläge für die Besorgung der erforderlichen Literatur und endlich eine Aufzählung aller derjenigen Kurse und Vorlesungen, die man in Berlin für diese Zwecke hören kann.

Die kleine Schrift wird jedem Physikats-Kandidaten ein guter Führer sein.

Tagesgeschichte.

Mittheilung der ärztlichen Gutachten an die Unfallsverletzten.

In No. 19 der „Arbeiter-Versorgung“ wird darüber geklagt, dass eine grosse Anzahl von Berufsgenossenschaften die gesetzlich vorgeschriebenen Mittheilungen der Unterlagen ihrer Bescheide (wozu eben auch die ärztlichen Gutachten gehören) dahin einschränken, dass dem Verletzten auf einem gedruckten, nur wenige Zeilen enthaltenden Formular die Höhe des bei der Rentenberechnung zu Grunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes und die Höhe des noch als vorhanden angenommenen Grades der Erwerbsverminderung angegeben wird, aber meist nicht einmal die Spur eines Hinweises auf den Inhalt des

ärztlichen Gutachtens. Es wird betont, dass es für den Verletzten unbedingt nothwendig sei, Kenntniss zu haben davon, wie der Arzt über ihn urtheilt, ob insbesondere auch die von ihm vorgebrachten subjektiven Klagen, auf welche es häufig bei Beurtheilung des Falles in erster Linie ankäme, von dem Sachverständigen vollständig in das Gutachten aufgenommen und genügend gewürdigt worden sind. Der Schreiber fordert eine gesetzliche Bestimmung, welche vorschreibt, dass dem Rentenfeststellungsbescheide unter allen Umständen Abschrift der demselben zu Grunde liegenden ärztlichen Gutachten beigefügt werden muss.

Dasselbe Blatt muss aber in einer seiner nächsten Nummern schon eine Zuschrift veröffentlichen, welche sich in gegentheiliger Weise über diesen Gegenstand äussert. Eine landwirthschaftliche Berufsgenossenschaft stimmt den Ausführungen ihres Vertrauensarztes zu, welche dahin gehen, dass es sich nicht empfehle, die ärztlichen Gutachten über die Folgen der Verletzungen vollinhaltlich den Interessenten mitzutheilen. „Diese Gutachten würden nach manchen Richtungen gemissbraucht; sie cirkulirten in weiten Kreisen, würden in den Gasthäusern vorgelesen und besprochen, und dienten den Winkelkonsulenten zur Information und Grundlage zweifelhafter Rathschläge. Hätten die Verletzten durch Kenntniss des ärztlichen Gutachtens erst diejenigen Momente erfahren, welche zur Begründung ihrer Ansprüche wichtig sind, so würden bei den erneuten Untersuchungen die Ausführungen der Atteste oft wörtlich wiederholt und die Uebertreibung mit einer unvergleichlichen Zähigkeit festgehalten.“

Diese ganze Frage ist für ärztliche Kreise nicht neu. Bekanntlich hatte im Jahre 1893 ein Arzt einer kleineren märkischen Stadt eine Beschwerde über solche Mittheilung seiner Gutachten an die Verletzten bei der Aertzte-Kammer für Brandenburg-Berlin eingereicht, indem er auf deren nachtheilige Folgen für seine Praxis hinwies; und die Aerzte-Kammer hatte diese Beschwerde dem Reichs-Versicherungsamt zur Berücksichtigung übergeben. Das Reichs-Versicherungsamt hatte dann in einem längeren Antwortschreiben vom 23. September 1893 seine Ansicht dahin ausgesprochen, dass die Mittheilung der ärztlichen Gutachten in ihrem ganzen Umfange nach dem geltenden Rechtsverfahren die Regel bilden müsse. „Von dieser Regel könnte eine Ausnahme gemacht werden: zunächst insofern unwesentliche Dinge, welche für die Entscheidung keine Bedeutung haben, in den Abschriften unbedenklich wegzulassen seien; ferner unterliege es keinem Bedenken, solche Bemerkungen im Gutachten, welche einen für den Verletzten beunruhigenden Inhalt haben, sachlich aber entbehrlich sind (z. B. wenn es in einem Gutachten hiesse, der Träger wäre ein Todeskandidat, oder er würde nur noch kurze Zeit leben), in den für die Parteien bestimmten Abschriften zu streichen; weiter werden in die Gutachten Wendungen, welche den Arbeiter leicht verletzen (z. B. wenn die Simulation oder Uebertreibung in besonders starken Ausdrücken geschildert wird), zu unterdrücken sein.“

Danach regelt sich die Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen in dieser Frage so, dass er unparteiisch und unentwegt im Kampfe der gegenseitigen Interessen zwischen Berufsgenossenschaften und Unfallverletzten sein Gutachten abgeben muss nach bestem Wissen und Gewissen. Er wird sich aber stets vor Augen halten müssen, dass sein Gutachten nach der jetzigen Lage der Gesetzgebung der breitesten Oeffentlichkeit und der gegentheiligsten Kritik der interessirenden Parteien ausgesetzt ist. Seine Gewandtheit und sein Taktgefühl werden ihm dann in schwierigen Lagen die richtigen Worte bieten.

B.

Polikliniken in Berlin.

Eine bemerkenswerthe Entscheidung in der Angelegenheit der Polikliniken hat jüngst die Deputation für die städtischen Krankenanstalten Berlins getroffen. Sie hat einen Antrag der Direktion des Krankenhauses am Urban, in der Nähe desselben Räume zur Abhaltung der Poliklinik zu miethen, abgelehnt und zwar mit der Begründung, dass die Polikliniken der städtischen Krankenhäuser nur zur Nachkur derjenigen Kranken dienen sollten, welche aus dem Krankenhause entlassen worden; nicht aber, wie das häufig vorkomme, zur unentgeltlichen Behandlung begüterter Leute, welche thatsächlich häufig diese Gelegenheit benutzen. — Diese Entscheidung wird in ärztlichen Kreisen mit Befriedigung aufgenommen werden, hat man doch berechnet, dass über eine Million Mark Honorar den Aerzten in Berlin dadurch verloren gehe, dass zahlungsfähigen Patienten sich umsonst in den Polikliniken ärztlich behandeln lassen. Die ärztliche Welt weiss sehr gut zu unterscheiden zwischen den Polikliniken der Universität, sowie denjenigen Polikliniken, welche Lehr- und Forschungszwecken dienen, und jenen „wilden“ Polikliniken, für welche keinerlei Bedürfniss vorliegt, welche aber durch den Missbrauch seitens des wohlhabenden Publikums die Einnahmen der ärztlichen Praxis des Gros' der Aerzte noch mehr schmälern als es schon durch die kassenärztliche Bezahlung geschieht.

Gefärbte Wurst.

Zwei grosse Thüringer Wurstfabrikanten T. und P. waren angeklagt, Cervelatwürste in sehr mässigem Grade mit Carmin gefärbt zu haben. Obgleich der Gerichtschemiker nachgewiesen hatte, dass ein solcher Vorgang ganz unschädlich sei und nur dazu diene, das bei längerem Liegen eintretende Grauwerden des sonst tadellosen Wurstfüllsels zu verhüten, obgleich nach diesem Votum das Gericht mit einem Freispruch der Angeklagten vorging, wurde infolge der darüber erhobenen Einsprache des Staatsanwaltes dieses Urtheil von der Apellationsbehörde aufgehoben nnd P. wegen wissentlichen, T. wegen fahrlässigen Vergehens gegen das Nahrungsmittel-Gesetz, und zwar der erstere zu 150, der zweite zu 20 Mark Geldstrafe kondemnirt. In den Entscheidungsgründen wurde hervorgehoben, dass die Unkenntniss von einem Farbstoffzusatz, sowie der weitere Einwand, dass den Käufern mitgetheilt worden sei „die Wurst könne möglicherweise gefärbt sein“ nicht als zu Recht bestehend anzusehen ist „so lange nicht ein gleicher Hinweis auch auf der Verkaufsrechnung ersichtlich gemacht werde“. (Zeitschr. f. Nahrungsmittel-Unters.)

Natürliche Verzweiflung oder krankhafte Unzurechnungsfähigkeit.

Am 17. September d. J. wurde vor dem Schwurgericht des Landgerichts I gegen die Schlosserfrau F. geb. M. wegen Mordes ihrer Kinder verhandelt. Der Ausgang der Sache hing von der Frage ab, ob die Thäterin in einem Akte natürlicher Verzweiflung oder in krankhaftem, die Willensfreiheit ausschliessendem Geisteszustande die That vollführt hatte. Bei dem hohen menschlichen und psychologischen Interesse, das der Fall in allen Kreisen erregte, hat sich die politische Presse in mannichfacher Weise damit beschäftigt und die Erörterung mancher Frage des Strafrechts und Irrenwesens daran geknüpft. Trotzdem die Zeitungsberichte recht sachgemäss und geschickt waren, genügen sie doch nicht, um den Aerzten über das wichtigste Moment, die Zurechnungsfähigkeit, ein eigenes Urtheil zu ermöglichen. Deshalb behalten wir uns eine erschöpfende Darlegung des Krankheitsbildes für die nächste Nummer vor.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. | № 20. | Ausgegeben am 15. Oktober.

Verzweiflung oder Geistesstörung?

Von
Dr. A. Leppmann.

Am 17. September d. J. wurde die Schlosserfrau F. von der Anschuldigung des Mordes ihrer beiden Kinder, dessen sie geständig war, freigesprochen, augenscheinlich, weil die Geschworenen, und zwar in Uebereinstimmung mit dem Antrage des Herrn Staatsanwalts, zu der Ueberzeugung gekommen waren, dass Frau F. die That in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit begangen hatte, wodurch ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Der Verfasser, welcher in der Verhandlung als Sachverständiger mitgewirkt hat, glaubt diesen lehrreichen Fall für die praktische Sachverständigen-Thätigkeit am ehesten dadurch nutzbar zu machen, dass er darstellt, in welcher zeitlichen Reihenfolge sich für ihn Thatsachen und Erwägungen zu einer abgeschlossenen gutachtlichen Anschauung fügten.

Am 14. September d. J. erhielt ich von dem Herrn Schwurgerichtspräsidenten den Auftrag, die Akten F. an Gerichtsstätte einzusehen und die Angeschuldigte im Untersuchungsgefängniss zu untersuchen, um evt. über deren Zurechnungsfähigkeit im Hauptverhandlungstermin am 17. September gutachtlich auszusagen.

Ich fand zunächst in der Anklageschrift folgenden

Sachverhalt.

Die Angeschuldigte lebte mit ihrem Ehemanne in glücklicher Ehe und ohne Nahrungssorgen. Sie ist jedoch seit dem Jahre 1890 syphilitisch erkrankt und hatte unter der Krankheit viel zu leiden.

Aerztliche Heilversuche erwiesen sich als vergeblich. Auf den Rath des Arztes Dr. B. liess sich die Angeschuldigte am 20. Mai 1895 in der hiesigen Lassar'schen Klinik untersuchen, wo ihr jedoch wenig Hoffnung auf Heilung der Krankheit gemacht wurde. Auch ihre Kinder Fritz, geboren am 21. November 1892 und Margarethe, geboren am 28. Februar 1895, kränkelten. Ersterer musste schon im Alter von 5 Monaten wegen eines bösartigen Ausschlags eine Quecksilberkur durchmachen, letztere litt sehr an den Augen.

Als nun am Dienstag den 21. Mai 1895 ihr Ehemann um $\frac{1}{2}5$ Uhr früh sich zur Arbeit nach Pankow begeben sollte, fasste die Angeschuldigte den Entschluss, sich und ihre Kinder zu tödten. Nachdem die Angeschuldigte an ihre Angehörigen Abschiedsbriefe geschrieben hatte, ihre kleine Tochter gebadet und beide Kinder angezogen hatte, begab sich die Angeschuldigte zu ihrer G . . . . str. 15 I wohnenden Schwägerin. Nach kurzem Verweilen machte sie sich jedoch mit den Kindern wieder auf den Nachhauseweg, indem sie vorgab, sie wolle den Kindern Essen geben und dann ihren Schwager A. in Rixdorf besuchen, und die Schwägerin bat, sie aus diesem Grunde nicht am Nachmittage zu besuchen. Zu Hause angekommen, gab sie zuerst dem jüngsten Kinde die Flasche, holte dann für 50 Pfennige Rum, mischte beiden Kindern eine Quantität davon unter die Milch, welche sie ihnen zu trinken gab, und trank auch selber davon. Bald wurden die Kinder von dem Genuss des Alkohols müde und von der Angeschuldigten zu Bett gebracht, wo sie schnell einschliefen. Nunmehr schloss die Angeschuldigte Fenster und Thüren und zündete um $11\frac{1}{2}$ Uhr in einem Ascheneimer ein Kohlenfeuer an, das sofort starken Rauch entwickelte; den Eimer stellte sie dicht an ihr Bett, neben welchem das Bett mit der kleinen Margarethe stand. Darauf setzte sie sich zu ihrem Sohn Fritz angekleidet auf das Bett. Nach einiger Zeit wachte die Tochter auf und wimmerte etwas, wurde jedoch bald wieder nach kurzem Röcheln still.

Auch der Knabe erwachte und klagte über den Rauch in der Stube. Die Angeschuldigte beruhigte ihn, er wurde schliesslich stiller und verstummte nach kurzem Röcheln ganz. Am Nachmittag gegen vier Uhr wurden die Angeschuldigte und ihre Kinder von den Hausbewohnern in der Wohnung bewusstlos aufgefunden, die Kinder in den Betten, die Angeschuldigte an der Erde liegend.

Es gelang, die Angeschuldigte und ihren Sohn Fritz ins Leben zurückzurufen, die Tochter Margarethe blieb todt.

Fritz ist indessen gleichfalls am folgenden Tage den Folgen der That der Angeschuldigten im hiesigen städtischen Krankenhause am Urban erlegen.

Die gerichtliche Leichenöffnung hat bei dem Knaben akute Lungen- und Luftröhrenentzündung, hervorgerufen durch Kohlenoxydgasvergiftung, bei dem Mädchen Kohlenoxydgasvergiftung als Todesursache ergeben. —

Soweit die Anklage, welche in ihrem wesentlichen Theile auf dem Geständniss der Angeschuldigten beruhte.

Was knüpften sich an das Durchlesen derselben für den Sachverständigen für Vermuthungen? Gaben das Motiv der That, ihre Planung und Ausführung Anhaltspunkte für die Annahme einer geistigen Unfreiheit? Eigentlich nicht, denn es ist sehr wohl denkbar, dass eine unheilbar Kranke beschliesst,

mit ihren ebenfalls kranken Kindern in den Tod zu gehen. Wird aber eine solche That von einem geistig Gesunden ausgeführt, dann ist der seelische Mechanismus eines solchen Geschehnisses gewöhnlich so, dass der Gedanke nach dem Ende wiederholt auftaucht, dass er zunächst durch abwägende Vorstellungen wiederholt zurückgedrängt wird, bis schliesslich eine kurze Spanne Zeit, in welcher durch äussere Umstände eine Steigerung des Affekts eintritt, zur Beendigung des Hin- und Herschwankens und zur Ausführung führt. Deshalb ist es ja auch ein aus der Erfahrung begründeter Sprachgebrauch, von einem Augenblick der Verzweiflung zu reden.

Hier war der Entschluss zur That früh um $^1/_2$ 5 Uhr gefasst, die That selbst war um $^1/_2$ 11 Uhr Vormittags begonnen worden und in der Zwischenzeit waren die Vorbereitungen dazu mit einer Zielbewusstheit getroffen worden, welche keinesfalls auf ein Schwanken des Entschlusses, sondern auf eine, man könnte sagen, grausige Ruhe und Entschlossenheit deuteten.

Indessen konnte man aus einem derartigen Vorgehen an und für sich auch nicht auf Störungen der seelischen Thätigkeit schliessen, im Gegentheil, vielleicht konnte es gerade eine besonders tief angelegte Natur sein, welche mit vollster Entschlussreife einen Doppelmord aus Liebe beging.

Trotzdem war nach der anderen Seite hin nicht ganz die Möglichkeit auszuschliessen, dass die That durch eine krankhafte Gemüths-, Verstandes- und Willensbeeinflussung veranlasst war. Musste man doch in seine Erwägungen einbeziehen, dass gerade die Syphilis eine häufige Ursache hypochondrischer wahnhafter Urtheilstrübung und dauernder krankhafter Niedergeschlagenheit mit anfallsweisen Angststeigerungen ist.

Ich vergegenwärtige mir in dieser Beziehung noch einmal die übereinstimmende Schilderung der Lehrbücher, welche in Bezug auf die sogenannte melancholia syphilidophobica bei Krafft-Ebing z. B. folgendermassen lautet:

„Bemerkenswerth ist die Häufigkeit dieser Syphilidophobie bei wirklich Syphilitischen oder der Lues Verdächtigen. Syphilitische Chlorose oder auch Anämie infolge überstandener eingreifender Merkur- und Jodkuren scheint aetiologisch hier wichtig.

Die Vorstellung, syphilitisch zu sein, kann demnach nach Umständen berechtigt sein, gleichwohl aber die Bedeutung einer Wahnidee haben, insofern sie bezüglich ihrer Entstehung nicht eine intellektuell gewonnene Erfahrungsthatsache, sondern einen zwangsmässigen Erklärungsversuch eines affektvollen melancholischen Depressionszustandes im Bewusstsein des Kranken darstellt und durch ihre Rückwirkung auf das ganze Fühlen und Vorstellen sich als Wahnidee dokumentirt.“ —

Hier konnte also nur die systematische Ausmittelung des Geisteszustandes der Thäterin Klarheit schaffen.

Da fanden sich zunächst in den Akten neben der Anklageschrift die Briefe, welche Frau F. geschrieben hatte, kurz nachdem sie den Entschluss zur That gefasst hatte.

Diese Briefe mussten ein weiteres Schlaglicht auf ihr Seelenleben werfen, zumal die Aufschriften augenscheinlich während der Ausführung der That geschrieben waren. Deshalb sollen sie zunächst hier wörtlich folgen:

1. An den Ehemann.

a) Inhalt.

Mein lieber guter Mann!

Soeben bist Du fortgegangen, Dir will zuerst noch meinen letzten Gruss senden. Tausend Dank für alles Gute, was Du mir gethan hast und für alle Deine Liebe, die Du mir schenktest. Doch ich kann nicht anders, ich kann Deine Bitten nicht erfüllen, ich muss scheiden. Verzeih mir nur, dass ich Dir die Kinder raube, aber glaub es mir, sie sind am besten aufgehoben. Es thut mir unendlich leid, Dir den grossen Schmerz anthun zu müssen, aber es muss sein, oder soll ich in den kümmerlichsten Schmerzen in der Klinik sterben? Denn geheilt werde ich doch nicht.

Nochmals mein herzliches Lebewohl, ich wünsche Dir von ganzem Herzen recht viel Glück. Vielleicht, dass Du jetzt mal bessere Tage erlebst. Ich möchte Dir viel, sehr viel schreiben, aber die Zeit ist nur kurz und ich möchte gern erlöst sein. Mein lieber guter August, ich habe Dich ja unendlich lieb und habe trotz dem Leiden viele glückliche Stunden mit Dir verlebt, aber wie gesagt, ich sehe den Tod vor Augen, ich kann nicht länger. In dankbarer Liebe

Deine treue Ida.

b) Couvert. — Auf der Vorderseite:

von Deinem lieben Fritz einen innigen Gruss und Kuss.

An August.

Mein lieber guter Mann!

Verzeihe mir alles, doch ich kann nicht anders, wir haben alle Rum getrunken, sollte ich noch nicht erstickt sein, so bitte, hänge mich in der Küche auf. Deine Ida.

Auf der Rückseite:

Ferdinand ist heute abend bei Dr. B., E . . . ufer 18 part. Nochmals mein herzliches Lebewohl und tausend Dank für alles.

Ida, Fritz u. Gretchen.

(von der Mutter geführt.)

Darunter in unbeholfener Hand:

Dein Fritz schickt Dir noch einen Kuss.

2. An die Schwester.

a) Inhalt.

Meine liebe Fanny.

Habe noch vielen Dank für Deine Liebe, die Du mir schenktest, mir thut es ordentlich wohl, als ich zu Hause kam und Du so gut zu mir warest. Und ich sterbe gerne und sehne mich nach der Stunde der Erlösung, lebe wohl, liebe Fanny, grüsse Bernhard und alle Bekannte, die mich kennen und habe noch vielen Dank für alles Gute, was Du mir gethan hast. In treuer Liebe Deine Ida.

Grüsse unsre Therese, auch Anton und Verwandten Emma und Otto.

b) Couvert. Auf der Vorderseite.

An Schwester Fanny, Rixdorf, W . . . . str. 5.

Auf der Rückseite:

Noch ein Lebewohl liebe gute Schwester, möchte es Dir immer recht gut gehen.

3. An die Brüder.

a) Inhalt.

1a. Lieber Bruder Ferdinand.

Habe auch Du tausend innigen Dank für alles, was Du mir thatest, aber ich sehe den Tod vor Augen, ich kann nicht bei Euch bleiben. Lebt alle recht wohl und verzeiht mir, dass ich Euch dies anthun muss, aber bedauert mich nicht, ich bin gut aufgehoben und bin so glücklich, dass ich endlich von meinem Leiden erlöst werde. Grüsse an alle.

Deine Ida.

1b. Mein lieber guter Bruder! (Franz.)

Du hast so unendlich viel für mich gethan, und ich konnte es Dir leider nicht alles wiedergeben; jetzt ruft mich der Tod und ich bin glücklich darüber, ja glaube es mir, ich sterbe gerne, so werde ich doch mal erlöst. Tröstet August. Er glaubt es mir nicht, aber es muss sein. Lieber guter Bruder, habe tausend Dank für alles Gute, das Du mir gethan hast, hoffentlich wird es Dir belohnt werden. Grüsse Deine liebe Frau und Kinder und lebt alle recht wohl.

Deine Schwester Ida.

b) Couvert. Auf der Vorderseite:

An Bruder Franz D....str. 27, v. I Treppe und
Bruder Ferdinand G....str. 15, h. 1 Treppe.

Auf der Rückseite:

Ihr lieben Brüder, nochmals mein herzliches Lebewohl, hoffentlich wird uns keiner unsern Tod rauben wollen, wir werden alle schön einschlafen.

So weit die Briefe.

Aus ihnen sprach nicht nur eine schlichte Wahrheit des Empfindens, nicht nur eine verfeinerte Zartheit gemüthlicher Regungen, nein, auch eine für den Stand und Bildungsgrad der Frau nicht gewöhnliche Gewandtheit, ihrem Denken und Fühlen Ausdruck zu geben.

Man musste dabei zu der Erwägung gelangen:

Wenn diese Frau ihre That bei gesunden Sinnen vollführt hat, so muss sie einen schweren, wahrscheinlich auch langen Kampf gekämpft haben, ehe sie alles Das aufgab, was ihrem Herzen so nahe stand. Auch war anzunehmen, dass die Erscheinungen ihrer unglücklichen Krankheit damals besonders starke waren, man musste an deutliche äussere Zeichen des Siechthums bei den Kindern und bei ihr denken. Endlich lag die Annahme des Selbstverschuldens bei der Entstehung der Krankheit nahe.

Andererseits ist eine solche überwallende Sehnsucht nach dem Ende, dieser Drang nach Erlösung oft die Folge eines unerträglichen krankhaften Druckes und die letzte Bitte der Sterbenden an den zärtlich geliebten Mann, sie, wenn sie noch nicht todt sei, aufzuhängen, stand zu ihrer sonstigen Feinfühligkeit in Gegensatz und sie klang wie ein Ausfluss echter Melancholie. Treten uns doch trübsinnige Kranke in Anstalten nicht selten mit solchen Wünschen entgegen, weil durch die Angst eine gewisse Einfältigkeit der Zumuthungen bei ihnen entsteht.

Beim weiteren Durchmustern der Akten fiel es ferner auf, dass der Sektionsbefund der Kinder der Meinung der Mutter über den Gesundheitszustand derselben direkt widersprach. Beide Kinder hatten keine Spur einer Krankheit an sich, beide waren als wohlgebildet, das ältere sogar als recht kräftig und gut genährt geschildert.

Auch die Kenntnissnahme der Vernehmungen der Angeschuldigten erschien werthvoll.

Ihre erste Vernehmung hatte polizeilicherseits wenige Tage nach ihrem Erwachen im Krankenhause am Urban stattgefunden. Damals hatte sie nach dem Wortlaut des Protokolls gesagt:

Ich bin über fünf Jahre venerisch krank und ist mir der Gedanke daran sowie an die Möglichkeit einer Ansteckung meiner Kinder, welche ich beständig befürchten muss und welche gelegentlich auch schon eingetreten war, mir so schrecklich, dass ich dieserhalb zu dem Entschluss gekommen war, mir und meinen Kindern das Leben zu nehmen. Ich habe mich zu der Ermordung nur durch die Furcht bestimmen lassen, dieselben allein zu hinterlassen. Ich begreife jetzt selbst kaum, welchen beinahe unüberwindlichen Trieb ich damals zur Begehung der That verspürt habe.

Am 28. Juni wurde sie ins Untersuchungsgefängniss überführt. Die erste Vernehmung an diesem Tage enthielt nur eine kurze Wiederholung ihres Geständnisses. Dagegen ist ihre Vernehmung durch den Herrn Untersuchungsrichter am 3. Juli so charakteristisch, dass ich das Wesentliche aus dem Protokoll darüber möglichst wortgetreu wiedergebe. Zum Ueberfluss will ich noch bemerken, dass nach der ganzen Sachlage eine Rathsertheilung oder Beeinflussung der Beschuldigten, wie sie sich etwa vor Gericht benehmen sollte, ausgeschlossen schien. Sie sagt da:

Ich räume ein, am 21. Mai 1895 meine Kinder Margarethe und Fritz vorsätzlich getödtet zu haben; ich bin seit 1890 syphilitisch krank. Ich bin wiederholt wegen meiner Krankheit in der Klinik behandelt worden, doch wurde mir immer gesagt, ganz geheilt könnte ich nie werden.

Ich lebte mit meinem Mann in sehr glücklicher Ehe; Noth habe ich nie kennen gelernt. Nur von meiner Krankheit wurde ich gequält, einmal war ich deswegen in ärztlicher Behandlung, auch sonst wurde ich durch Augenleiden und Anderes an ihr Dasein erinnert. Am schrecklichsten war mir jedoch, dass ich aus gewissen Anzeichen entnehmen zu müssen glaubte, dass auch meine Kinder von der Krankheit angesteckt seien. Fritz musste schon im Alter von fünf Monaten wegen eines bösartigen Ausschlags in der Lassar'schen Klinik eine Quecksilberkur durchmachen und meine Tochter litt sehr an den Augen.

Auch moralisch drückte mich die Krankheit sehr, da man sie gewöhnlich nur bei Solchen findet, welche ein ausschweifendes Leben geführt haben, während ich vor meiner Ehe mit Niemand, auch nicht mit meinem jetzigen Mann, geschlechtlich verkehrt habe, wie auch die Aerzte in Bethanien, wo ich zum ersten Male behandelt wurde, feststellten.

Am Sonntag, den 19. Mai war ich beim Hausarzt meines Bruders Ferdinand Dr. B. L....ufer 18, gewesen um ihn über meine Krankheit zu konsultiren. Er sprach mir Hoffnung zu und sagte, ich sollte nur in die Klinik gehen. Am Montag ging ich in die Lassar'sche Klinik, dort wurde mir wenig Hoffnung gemacht und mir wieder eine Spritzkur empfohlen. Ich ging sehr betrübt nach Hause, weil ich meine Krankheit für unheilbar hielt und glaubte, ich würde allmählich bei lebendigem Leibe verfaulen, und meine Kinder würden schliesslich dasselbe Schicksal haben. Mein Mann suchte mich in der herzlichsten Weise zu trösten, doch gelang es ihm nicht.

Am Dienstag, den 21. Mai ging er wie gewöhnlich um $^1/_2$5 Uhr früh zur Arbeit nach Pankow, von wo er erst Abends zurückzukehren pflegte. Als ich nach seinem Fortgange allein im Bett lag, dachte ich wieder in einem fort an die Krankheit und es kam mir wie mit einem unwiderstehlichem Zwange der Gedanke, dass es für mich und meine Kinder doch am besten sei, zu sterben. Ich schrieb auch gleich die bei den Akten befindlichen 4 Briefe. Doch rief mich nun Fritz und sagte er wolle ausgehen. Ich konnte seinen Bitten nicht widerstehen, kleidete ihn an, badete die Kleine und ging gegen 9 Uhr mit beiden Kindern zu meiner Schwägerin, der Frau meines Bruders Ferdinand G....str. 15. Dieser fiel mein unruhiges Wesen auf und sie frug mich, ob ich nicht dableiben wolle. Ich fühlte mich aber dazu unfähig und ging fort ohne mich aufgehalten zu haben wieder fort unter dem Vorwande, ich wolle meinen Kindern rasch Essen geben und dann mit meinen Kindern nach Rixdorf zu meinem Schwager A., W...str. 51, mich begeben. Sie möge mich deshalb nicht am Nachmittag besuchen, da ich nicht zu Hause sei. Es war dies nur ein Vorwand, ich hatte keinen anderen Gedanken mehr als zu sterben und fürchtete durch ihr Dazwischenkommen gestört zu werden. Ich ging nun direkt nach Hause, wo ich etwa $^3/_4$10 eintraf. Ich gab meiner Kleinen die Flasche und dann kam mir der Gedanke, dass die Kinder wohl jetzt gar nicht einschlafen würden. Ich hatte von vornherein die Absicht mich und die Kinder mit Kohlendunst zu tödten, da ich dies für einen schmerzlosen Tod hielt und glaubte, wir würden einfach einschlafen um nicht wieder zu erwachen. Ich holte, um meine Kinder müde zu machen, während die Kleine trank, mit Fritz zusammen eine Flasche Rum zu 50 Pf., that dann der Kleinen etwas Rum in

ihre Flasche und liess sie weiter trinken. Nachdem sie getrunken hatte, schlief sie sofort ein. Fritz gab ich dann mit seiner Frühstücksmilch eine ziemlich grosse Menge Rum, ich trank auch selber etwas Rum, doch weniger wie ich dem Knaben gegeben hatte. Nachdem Fritz getrunken, half er mir noch etwas abwaschen, wobei ich schon bemerkte, dass er taumelte, und klagte dann über grosse Müdigkeit. Ich brachte ihn nun zu Bett, die Kleine schlief schon, und zündete dann, nur von dem Wunsche erfüllt, recht rasch zu sterben, im Ascheimer ein starkes Kohlenfeuer an. Ich schloss Thür und Fenster der kleinen Stube, stellte den Eimer dicht an mein Bett, neben welchem das kleine Bett der Margarethe stand, und legte mich so angekleidet, den schlafenden Fritz im Arm, in dieses Bett. Es muss etwa $^1/_2$11 Uhr gewesen sein, sicher nicht viel später. Das Feuer verbreitete sogleich einen starken Rauch, doch fühlte ich mich wenig davon belästigt. Zuerst wachte Margarethe auf und wimmerte etwas, doch dauerte es nicht lange, und sie wurde nach kurzem Röcheln still. Bald erwachte auch Fritz, weinte heftig und sagte, Papa sollte doch das Fenster aufmachen, die Stube wäre ja ganz voll Rauch. Ich umarmte ihn heftig und suchte ihn auf alle Weise zu beruhigen, schliesslich wurde er auch stiller und verstummte nach kurzem Röcheln ganz. Ich freute mich nun sehr, dass meine Kinder von ihren Leiden erlöst waren und hatte nur noch die Furcht, dass die Nachbarn oder sonst jemand uns stören würde, da ich noch wenig von den Wirkungen des Kohlendunstes verspürte. Ich wollte deshalb aufstehen und mich erhängen. Als ich mich deshalb aufrichten wollte, fühlte ich heftige Uebelkeit und muss dabei das Bewustsein verloren haben, denn ich weiss jetzt nichts mehr von dem was weiter vorging. Da ich auf der Erde liegend gefunden wurde, muss ich bei dem Versuche mich aufzurichten aus dem Bette gefallen sein, doch weiss ich nichts von dem Falle. Meine Erinnerung beginnt mit dem Erwachen im Krankenhaus.

Ich bereue jetzt die That im höchsten Masse und würde alles dafür geben, wenn ich meine Kinder wieder lebend haben könnte. Es ist mir bei Verübung der That so gewesen, als müsste ich dieselbe begehen, als ob mich jemand dazu triebe, so sehr war ich von dem Gedanken erfüllt. Die That war mir schon bei der Begehung leid, aber es war in mir solch unwiderstehlicher Zwang, dass ich nicht anders handeln konnte. —

Diese so klare Eigenschilderung des Seelenlebens zur Zeit der That fügten zu dem Krankheitsbilde, das mit den unsicheren Umrissen der Wahrscheinlichkeit dem Sachverständigen entgegentrat, neue Striche. Frau T. sah das wirkliche Leiden in gespensterhafter Vergrösserung. Einen tröstlichen ärztlichen Ausspruch liess sie ausser acht, dagegen genügte eine einzige bedenkliche nicht einmal ganz hoffnungslose ärztliche Aeusserung, um sie glauben zu machen, dass sie und ihre damals völlig gesunden Kinder bei lebendigem Leibe verfaulen müssten. Der Gedanke an Mord und Selbstmord kam plötzlich, er schloss mit der Kraft eines unwiderstehlichen Dranges jede Erwägung aus, er setzte in der Erinnerung der Untersuchten an Stelle des eigenen Wollens einen gebieterischen ihr bis dahin völlig fremden Zwang.

Solche Anhaltspunkte ergaben die Akten. Gestützt auf sie schritt ich zur persönlichen Untersuchung. Ich unterhielt mich am 14. und am 16. Juli stundenlang mit der Angeschuldigten, ich verband damit auch die nothwendigen körperlichen Ausmittelungen. Den Eindruck meiner persönlichen Wahrnehmung will ich zusammen mit den Ergebnissen der Hauptverhandlung schildern, zu welcher auf meinen Antrag die Brüder und eine Schwester der Angeschuldigten als Zeugen geladen wurden.

Diese Hauptverhandlung musste auch für den, welcher berufsmässig und häufig Gerichtssitzungen beiwohnt, ein besonderes Interesse erwecken.

Ich habe mich manchmal gefragt, wenn ich über Seelenzustände vor Geschworenen-Gerichten zu gutachten hatte, ob es nicht ein Nachtheil für die Entscheidung sei, dass die ungelehrten Richter von technischen Gutachten komplizirter Art erst in der Hauptversammlung Kenntniss erhalten, während ein Kollegium gelehrter Richter die Möglichkeit hat, vor der Verhandlung von schriftlichen Gutachten Kenntniss zu nehmen.

Hier in diesem Falle konnte man aber die mächtige Wirkung der persönlichen durch keine Vorkenntnisse beeinflussten Anschauung sehen.

Die Art, wie diese Frau ihr Inneres offenbarte, war so überzeugend, dass wohl jeder im Saal sagte: sie spricht kein unwahres Wort. Und auch die nahen Angehörigen, welche noch dazu des Verwandtschafts-Verhältnisses wegen uneidlich vernommen wurden traten so auf, dass sich jeder sagen musste, sie wollen weder ihre Schwester entschuldigen, noch vor Strafe schützen, sie wollen in peinlichster Weise nur zur Ermittelung der Wahrheit beitragen.

Und so entwickelte sich folgendes Lebensbild von Frau F.

Frau Ida F., geb. M., gegenwärtig dreissig Jahre alt, ist die Tochter eines Bäckermeisters aus einer kleinen Residenz Nord-Deutschlands. Der Vater, welcher durch die Gunst seines Landesfürsten sein gutes Auskommen hatte, war ein aussergewöhnlich starker Trinker und auch geschlechtlich ausschweifend. Er behandelte Frau und Kinder unmenschlich, so dass, als die älteren Kinder herangewachsen waren, die Frau sich von ihm trennte. Auch der Grossvater von Frau F., mütterlicher Seite, war ein starker Trinker und jähzornig, ein Sohn desselben war wegen Geistesstörung in Folge von Trunksucht wiederholt in Irrenanstalten. zwei andere Söhne neigten zu Sonderbarkeiten. Frau F. hatte im Ganzen elf Geschwister, ihr ältester Bruder ist ebenfalls dem Trunke ergeben, sie selbst ist das neunte Kind und zwar ein Zwillingskind. Sie war körperlich am zartesten von allen ihren Geschwistern. In der Schule lernte sie gut. Sie war katholisch, von der Mutter religiös erzogen und von heiterem Temperamente. Mit sechszehn Jahren kam sie nach Berlin, war zuerst in Obhut eines katholischen Stifts und trat dann in den Gesindedienst. Sie war meist Jahre lang bei derselben Herrschaft und hat gute Zeugnisse. Ungefähr 1889 lernte sie ihren Mann kennen, welcher Bursche bei einem zeitweilig hierher kommandirten Offizier, dem Sohne ihres Dienstherrn, war. Die Beziehungen zu demselben waren durchaus ehrenhafte, wie sie überhaupt in sittlicher Beziehung ihren Stolz darein setzte, anständig zu bleiben. 1890 infizirte sie sich auf nicht festgestellte Weise an der rechten Seite der Unterlippe luetisch. Der Hausarzt ihrer Herrschaft, welcher, wie er mir noch nachträglich mittheilte, durch ihre und ihres Verlobten Untersuchung die Ueberzeugung von ihrer sittlichen Reinheit erlangte, brachte sie zunächst im Krankenhause Bethanien unter, wo sie ein Vierteljahr lang blieb. Kurz darauf musste sie einen Dienst, den sie bei einem Arzte angetreten hatte, wegen Halserscheinungen verlassen und ungefähr im Winter 1890/91 hatte sie iritische Erscheinungen am rechten Auge. Sie war immer von zartem Körperbau und nicht sehr blühend; durch die mehrfache Schmier- und Spritzkuren wurde sie sehr blutarm. Als sie sah, dass ihre Krankheit immer neue Rückfälle erzeugte, änderte sich ihre Gemüthslage völlig. Aus der heiteren Person, welche die Angehörigen als neckisch bezeichneten, wurde eine düstere, ernste Grüblerin. Ihr strenger Kirchenglauben hatte sich allerdings vorher schon ein wenig gelockert. Die Brüder nämlich waren zu freieren Anschauungen

übergegangen und Dissidenten geworden. Sie selbst that zwar nicht Gleiches, aber sie erklärte bisweilen, sie habe es bei katholischen Herrschaften gesehen, wie Worte und Thaten der Menschen oft so widersprechend seien, dass sie von religiösen Formen nicht mehr so viel halte, aber den Glauben an einen Gott, den wahre sie sich mit vollster Ueberzeugung. Nach der Infektion bezw. nach dem Herauskommen aus Bethanien sagte sie zu ihrer Mutter, nun könne sie nicht mehr an Gott glauben, denn wenn es einen Gott gäbe, könne er nicht solch unverschuldetes Unglück über sie verhängen. Dabei blieb sie stehen und sie konnte nie wieder einen Trost in religiösen Vorstellungen finden.

Als sie über das Wesen der Krankheit unterrichtet war, liess sie ihren Bräutigam wiederholt untersuchen, ob er sich vielleicht durch Küsse bei ihr infizirt hatte. Derselbe erwies sich aber als gesund und ist auch gesund geblieben. Sie stellte ihm frei, sich von ihr zurückzuziehen, er aber versicherte wiederholt, er werde nicht von ihr lassen und als die Krankheit eine Zeit lang keine Erscheinungen gemacht hatte, willigte sie auf sein Drängen in die Heirath, zumal sie bei sich erwogen hatte, dass die Vollziehung der Ehe für den Mann nicht gefährlicher sein könnte als das Küssen, da sie an den Geschlechtstheilen selbst niemals Erscheinungen gehabt hatte.

Die Eheschliessung fand am 6. August 1891 statt, am 16. Januar 1892 hatte sie eine faultodte Frühgeburt. Sie, die nie die Krankheit vergessen konnte, und schon damals immer an die schrecklichsten Folgen dachte, war ganz verzweifelt und es kam ihr vorübergehend im Wochenbett der Gedanke an Selbstmord.

Durch dieses Ereigniss steigerte sich ihre Gedrücktheit dauernd. Auch wenn sie äusserlich zufrieden schien, auch wenn sie an ihr Unglück durch nichts erinnert wurde, musste sie immer an die Krankheit denken. Das zweite Kind wurde am 21. November 1892 geboren; es hatte im Alter von fünf Monaten einen verdächtigen Ausschlag, der auf geeignete Behandlung rasch vorüberging. Die Aerzte beruhigten sie damals; doch glaubte sie niemals an tröstlichen Zuspruch, sondern malte sich Alles in den schrecklichsten Farben aus.

Ganz elend wurde sie nach Geburt des dritten Kindes, welche am 28. Februar 1895 stattfand. Schon während der Schwangerschaft litt sie an Erbrechen. Am sechsten Tage nach der Geburt erkrankte das Kind an einer Blenorrhoea neonatorum. Sie wollte der Hebamme den Hauptgrund ihrer dadurch neu geschürten Angst nicht sagen und brachte vom neunten Tage nach der Geburt an das Kind täglich selbst zur Klinik. Sie fühlte sich körperlich dauernd so matt, wie nie vorher. In den Nächten schlief sie fast nie. Dies hatte theils innere, theils aber auch äussere Gründe. Ihr Mann und sie hatten die Hauswartschaft einer Arbeiterbildungsschule übernommen. Da gingen die Letzten oft erst gegen zwölf Uhr fort und früh um vier Uhr stand sie schon wieder auf, weil sie dem Manne den Kaffee selbst kochen wollte. Trotzdem Alle bezeugten, dass es im Hausstande immer nett und sauber aussah, war es ihr so, als ob ihr die Arbeit nicht mehr von der Hand ging. Auch vergass sie Sachen, welche sie sonst nie vergessen hätte, wie z. B. von ihrem Mann erbetene Kleiderreparaturen. So nahte die Zeit der That.

Die Periode war damals bei der p. F. noch nicht wiedergekehrt. Sie hatte häufig heftige Kopfschmerzen. Das ältere Kind hatte sich seit der einen Kur im Alter von fünf Monaten sehr gut entwickelt. Auch das jüngere gedieh, trotzdem Frau F. ihrer Schwäche wegen das Stillen hatte aussetzen müssen und es mit der Flasche nährte. Das Kind war gerade acht Tage vorher endgültig aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden. Die Augen waren ganz gut.

Der 19. Mai war ein Sonntag. In der Woche vorher verspürte die p. F. Schmerzen in der Aftergegend. Sie ging daher an diesem Tage zu Dr. B. Derselbe konstatirte tertiaer luetische Erscheinungen in der Haut und zwar am After. Krankhafte Veränderungen im After, wie etwa Geschwüre oder Strikturerscheinungen, waren nicht da. Die Frau erschien dem Arzte auffallend. Sie sprang in ihren Fragen, konnte kein Ende finden, klammerte sich an ihn an, trotzdem er ihr schon in ausgiebiger Weise Trost zugesprochen hatte. Am 20. (Montag) ging sie in die Lassarsche Klinik. Dort erschrak sie, weil angeblich einer der Aerzte, als sie hereinkam, zu ihr sagte: „Frau, wie sehen Sie denn aus!" Weshalb er das sagte, ob es sich vielleicht darauf bezog, dass sie sehr verweint aussah, weiss sie nicht. Sie muss zugeben, dass die Aerzte ihr sonst gut zuredeten, dass sie ihr erklärten, sie könne so auch ausserhalb des Krankenhauses behandelt werden, sie solle sich die Sache überlegen, sie solle Mittwoch wiederkommen. Ihr kam aber das Wort: „Frau, wie sehen Sie denn aus," nicht mehr aus dem Sinn. Es war ihr, als ob es ihr die ganze folgende Nacht, wo sie schlaflos lag, immer vor den Ohren klänge. Ihrer Schwester A., zu welcher sie an diesem Montage nach Rixdorf ging, erschien sie aussergewöhnlich verzagt. Sie stierte vor sich hin, sagte, sie habe keine Nacht Ruhe vor Schmerzen. Der Mann machte sie, als er am Morgen des 21. fortging, noch darauf aufmerksam, wie gesund und frisch die Kinder seien.

Ueber die That ist bereits in der oben wiedergegebenen Vernehmung genauer berichtet. Nur noch einige charakteristische Aussagen von ihr seien aufgeführt. Sie sagte bei ihrer Vernehmung in der Hauptverhandlung: Ich konnte nicht anders, ich habe es müssen thun, ich wurde getrieben, ich dachte nicht daran, dass ich einen Mord begehe, ich dachte, ich würde etwas Gutes thun, ich würde uns Alle; ich würde die ganze Welt glücklich machen. Und wie ich da glücklich war, als ich so da lag im Rauche, das können Sie sich nicht denken.

Als sie im Krankenhause erwachte, wusste sie zunächst von dem, was vorgefallen war, nichts. Sie glaubte, Dr. B. habe sie der einzuleitenden Kur wegen dahin bringen lassen. Allmählich erst wurde es ihr klar, was vorgegangen. Sie versuchte zuerst die Nahrung zu verweigern, fügte sich aber auf Zureden der Schwester Hedwig S., an die sie sich eng anschloss. Nie zeigte sie und zeigt auch jetzt keine Reue. Die Schwester S. bekundet, dass sie ihr wiederholt gesagt habe, der Gedanke an den Verlust der Kinder sei ihr schrecklich, wenn es eine Strafe in der Ewigkeit gäbe, möchte sie dieselbe gern leiden, sie habe aber nicht anders können, sie sei nur ein Werkzeug gewesen, sie könne nicht glauben, dass es einen Gott gäbe, sonst könne derselbe die Menschen nicht zu so schrecklichen Dingen veranlassen.

Auch ich sprach über diesen Punkt mit ihr, zumal in ihrer Vernehmung stand, sie bereue die That. Sie erklärte, sie habe damit nur sagen wollen, die That thue ihr leid, aber einen Vorwurf könne sie sich nicht machen und wenn sie einmal von den Kindern träume, träume sie nur Gutes.

Schliesslich noch Einiges über ihr Wesen nach der That. Im Krankenhause sowohl wie im Untersuchungs-Gefängniss war sie am Tage still, träumerisch, in der Nacht meist schlaflos. Priesterlichen Trost wies sie zurück.

Auch die Schwester S. betont, welch beinahe edlen Eindruck die einfache Frau trotz ihres Zurückweisens des religiösen Zuspruchs gemacht habe.

Meine Untersuchung des Körpers ergab Folgendes:

Sie ist eine mittelgrosse, zart gebaute, mässig genährte,

sehr blasse Frau. Auch die Schleimhäute sind auffallend blass. Ihre Haut ist welk und trägt dort, wo sie natürliche Falten bildet einen Stich ins Bräunliche. Der Puls ist klein und verlangsamt. Er betrug 60 bis 68 Schläge in der Minute. Die Hände fühlten sich kühl an. Sämmtliche Drüsen (auch die Nacken-, Cubital- und vorderen Hals-Drüsen) waren fühlbar ohne besonders hart zu sein. Lähmungen oder Zustände lähmungsartiger Schwäche waren nicht vorhanden. Die Zunge war belegt, die Pupillen waren mittelweit, die rechte etwas querverzogen; ihre Reaktionsfähigkeit war augenscheinlich durch iritische Vernarbungen beeinträchtigt.

In ihrem Auftreten hat die Frau das ungeschminkte Bild desjenigen Grades von Melancholie, der mit äusserer Sammlung einhergeht. Grosse Augen, fragend ängstlichen Blick, starre gespannte Züge, dabei eine gewisse gleichmässig phlegmatische Müdigkeit in ihrem Gebahren. Folgendes sind kennzeichnende Aeusserungen über ihr Empfinden zur Zeit der Untersuchung. Ich fürchte mich nicht vor Strafe, nur todt möchte ich bald sein. Ich ängstige mich aber vor jedem Neuem, vor jeder Aenderung, mir bangt vor Allem, sogar vor dem Gedanken, ich könnte hier herauskommen; am liebsten bliebe ich hier. Selbst der Besuch meines Mannes ist mir zu viel.

An den Mann hatte sie aus dem Untersuchungs-Gefängniss zwei Briefe geschrieben. Der eine wenigstens soll hier folgen. Ich fragte sie betreffs desselben, ob sie denn schon früher Verse gemacht habe? Sie antwortete: Nein, ich habe früher nie daran gedacht, jetzt kam ich darauf, ich war so aufgeregt.

Untersuchungs-Gefängniss.
Alt-Moabit 12a. Berlin, den 28. Juli 1895.

Mein lieber Mann!

Endlich kommt der Tag, wonach ich mich schon so lange sehnte, ich will Dir recht viel schreiben, es muss ja fürs ganze Monat sein. Zunächst habe vielen Dank für Deinen lieben Brief, für alle Liebe, die Du mir erwiesen hast; sage auch Franz und Anna und Fanny meinen besten Dank für ihre Briefe. Ihr sorgt Euch soviel um mich, und habt mich so lieb, es wäre besser, wenn ihr mich vergessen könntet. Mit meiner Gesundheit bleibt es beim Alten, kaum dass ich vierzehn Tage hier bin, so musste ich mich wieder krank melden, ich bin schon wieder dreimal gebeizt worden, und muss Kali, Jod einnehmen. Die Tage vergehen schon, aber die Nächte sind schrecklich. Neulich träumte ich, ich war zu Hause bei Dir, ich hörte die Kleine so deutlich schreien, ich trug Sie am Arm, Fritzchen trollte neben mir, und hatte so viel zu erzählen, ich war so glücklich, doch ich musste erwachen und wo sind meine Kinder? Wo Du und wo ich? Und ich muss dann so viel weinen, alles was ich Dir versprochen habe, kann ich nicht halten, ich denke und denke immer weiter, dass ich Dich und Euch alle so unglücklich gemacht habe und doch — ich konnte nicht anders. Und Du, mein lieber August, nimmst alles so leicht, Du schreibst mir, dass ich wieder bald bei Dir sein werde, Du ahnst nicht, was mir bevorsteht, wie schrecklich muss es für Dich sein, wenn Du das Gegentheil davon erfährst. Ich bin hier „Wegen Mordes“, ich las es selber, wegen Mordes meiner eigenen Kinder, — so lange hatte ich gezweifelt, ich konnte mir nicht hineindenken, aber doch es muss wahr sein. Aber ich wollte alles ertragen, möchte die Zukunft bringen was sie wollte, wenn Du, mein lieber August und Alle die mich so lieb haben, nicht mit leiden brauchten, wenn man Euch alles verheimlichen könnte, wenn man Dir sagen könnte ich sei tot. — Mit der Zeit müsstest Du mich vergessen, könntest Dir eine gesunde Frau heirathen, hättest bald wieder ein Fritzchen, und ich wüsste Du wärest dann glücklich. — Nimm mir nichts übel lieber August, ich habe Dich so sehr lieb, zweifle nicht um meine Liebe, aber weine nicht um mich, ich möchte Dir noch mehr schreiben, doch das Papier wird mir zu klein, ich will Dir noch ein Gedicht mitschicken, des Nachts habe ich's gemacht in Gedanken, denn schlafen thne ich wenig. Grüsse Franz, alle lieben Geschwister und die Schwestern am Urban alle, die mich lieb haben, ich habe Euch alle unendlich lieb aber bitte besuche mich nicht.

Als du kamst, um mich zu sehen,
Und ich Dir ward vorgeführt,
Ich ahnte nicht, was konnt geschehen,
Ich ahnte nicht, was mir passirt.

Erst vom Richter musst's ich hören,
Da öffnete die Thür sich gleich.
Ich fasste mich, ich wollte nicht weinen,
Doch schnell ging schon der Muth vorbei.

Wie ich dich sah, wie Du so weintest,
Mir wars, als ob mein Herz zerschnitt.
So schwer mir auch mein Leid erscheint,
Doch du fühlst Alles doppelt mit.

Wir liebten uns, doch musst ich gehen,
Ich durft nicht länger bei Dir sein.
Du wolltst mir helfen, musstest sehen,
Wie ich ging in das Grab hinein.

Das war für mich ein schwerer Tag,
Ich weinte viel, doch glaube mir,
Ich Alles, Alles gerne trag,
Meine Thränen nur gelten dir.

Ich habe Dich unendlich lieb,
Wie konnt es nur geschehen?
Ich raubte Dir Dein grösstes Glück,
Zerstörte Dir Dein Leben.

Ich liebte Dich und lieb Dich noch,
Thätest Du mir auch zürnen und hassen.
Ich liebte Dich wie so Keine,
Ich kann es selbst kaum fassen.

Doch weine nicht, es ist geschehen,
Als Mörderin bin ich verdammt.
Ich muss jetzt vor den Richter gehen,
So schwer mir wird auch dieser Gang.

Doch weine nicht, thu nicht verzagen,
Ich trag geduldig jede Last,
Ich will nicht weinen, will nicht klagen,
Ich bin auf Alles schon gefasst.

Sollten uns nun Jahre trennen,
Wärs eine halbe Ewigkeit,
Die Liebe bleibt, Tage rennen,
Vielleicht blüht eine bessere Zeit.

Doch wär Alles, Alles auch vergebens,
Wenn keine Hoffnung Dir mehr blieb,
Könnt ich die Erste dann bei Fritzchen sein!
So weine nicht und füg Dich drein.

In ewiger Liebe Deine Frau
Ida Fr. geb. M.

Dies alles war das thatsächliche Material, auf das ich mich stützen konnte.

Auf Grund derselben bin ich zu der vollen Ueberzeugung gekommen, dass Frau F. die That in einem Zustande von krankhafter Störung ihrer Geistesthätigkeit begangen hat, wodurch ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Ich versuchte den Geschworenen gegenüber meinen Gedankengang folgendermaassen zu entwickeln:

Wenn man über den seelischen Zustand dieser Frau zur Zeit der That urtheilen will, so darf man die That nicht als

etwas Einzelnes herausgreifen, man darf sich nicht aus der Erwägung heraus konstruiren, ob und unter welchen Voraussetzungen ein solches Vorgehen bei einem Geistesgesunden möglich sei, sondern muss das ganze Leben der Frau durchforschen. Man muss ihre seelische und körperliche Persönlichkeit als ein Ganzes betrachten, dann wird aus dem Lebensbild ein unumstössliches Krankheitsbild.

Zunächst ist sie erblich belastet. Man mag den Begriff der Belastung so eng wie möglich fassen, so spielt derselbe in dem Leben eines Individiums eine Rolle, in dessen direkter väterlicher Accendenz Trunksucht, in dessen mütterlicher Trunksucht und Irrsinn vorgekommen sind. Sie ist das neunte Kind, ein Zwilling, das körperlich schwächste unter allen Geschwistern. Wenn also die Belastung einen Einfluss haben konnte, so war sie mit ihrem zarten Körper mehr gefährdet als alle Geschwister, und es war erklärlich, dass sie durch krankmachende Ursachen leichter geistig ins Schwanken kommen konnte als der Durchschnittsmensch, dass namentlich gemüthserschütternde Ereignisse ungewöhnlich ihr Gefühlsleben beeinflussen mussten.

Da kommt durch eine aussergewöhnliche aber doch wissenschaftlich längst anerkannte Verkettung von Umständen ihre unverschuldete Infektion, und damit ist auf dem durch Belastung vorbereiteten Boden die Gelegenheitsursache zum Beginn krankhafter Störung des Seelenlebens da. Ihr Fühlen und ihr Denken ist nicht blos die logische Konsequenz ihres Unglücks.

Nein, ihr Gemüthsleben wird von einer der Logik unzugänglichen, durch keinerlei Gunst der äusseren Verhältnisse austilgbaren Schwermuth erfüllt. Der Grundcharakter ihres Gefühlslebens ändert sich, sie wird aus einer heiter Harmlosen eine selbstquälerische Trübsinnige. Sie zerfällt mit Gott. Sie wird gemüthskrank.

Die Krankheit hält sich Jahre lang auf einem Niveau, das der Erkrankten die Selbstbeherrschung gestattet.

Doch es kommen weitere Schädlichkeiten, welche eine Steigerung der krankhaften Symptome von vornherein befürchten lassen mussten. Innerhalb drei Jahren und $2^1/_2$ Monaten entbindet sie dreimal. Dies sowohl wie die Pflege der Kinder und die antiluetischen Kuren entkräften sie. Die Wissenschaft weiss es, welchen wesentlich ungünstigen Einfluss derlei körperliche Schädlichkeiten auf depressive Zustände ausüben. Längst sind ihre Anschauungen über ihre und der Kinder Krankheit nicht mehr blosse „Erfahrungsthatsachen", nein, sie werden hypochondrisch ausgestaltet, sie werden wahnähnlich unter dem Zwange der krankhaften Depression.

Namentlich seit der letzten Entbindung nimmt ihr Verfall zu. Sie fühlt sich körperlich matt, sie hat das Gefühl der Verstandesunzulänglichkeit, der Gedankenöde, wie es viele Melancholische haben.

Und in diesem Zustande kommt ein neues objektives Symptom ihrer körperlichen Krankheit. Da schwillt der Trübsinn zur Angstwelle. Plötzlich schiesst der Gedanke auf, sich und die Kinder zu tödten. Es ist der Drang, sich durch eine Vernichtungsthat von dem krankhaften Affekt zu entlasten, wie er bei dem Geisteskranken aufspringt, auch wenn derselbe keinen scheinbaren äusseren Grund zur That hat, und ganz so wie es ihre Leidensgenossen erzählen, ist ihr bei der Ausführung zu Muthe. Sie fühlt sich im Banne einer fremden Macht, welche jede Abwägung im Keime erstickt: Sie kann nicht anders, sie fühlt sich im Morden beseeligt, als Erlöserin, als Welterlöserin.

Und trotz des fürchterlichen Ergebnisses tritt, wie meist bei solchen Kranken, nach der That ein Zurückebben der Angststeigerung ein, sie wird ruhiger, aber der Trübsinn bleibt. Er heftet sich nicht an die grausige Wirklichkeit; in ihrem krankhaft veränderten Fühlen hat die Reue keinen Platz, nein, wir sehen sie in trüber Resignation; sie hat nur den Wunsch, möglichst ungestört von der Aussenwelt hinzuvegetiren.

Das ist das Krankheitsbild, zu dessen Abgrenzung ich auf Grund meiner eigenen Wahrnehmungen und des sonstigen thatsächlichen Materials gelangen musste und das mich bedingungslos zu dem gutachtlichen Schlusse führte:

Frau F. befand sich zur Zeit der That in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, wodurch ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Aus Vereinen und Versammlungen.

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck.

Abtheilung für Unfallkunde.

Ueber Suggestion und Autosuggestion Unfallverletzter.

Von Dr. Ralf Wichmann-Braunschweig,
Nervenarzt.

Man muss bei jeder Verletzung eine dreifache Wirkung unterscheiden. Neben der rein mechanischen Einwirkung auf den Körper — der eigentlichen Verletzung — kommt noch die Erschütterung der Nervencentren im verlängerten Mark, der Shock und drittens die Wirkung auf die Psyche zur Berücksichtigung. Die Shockwirkung soll hier nicht betrachtet werden. Der Shock kommt ohne bewusste Vorstellung durch eine Lähmung der Oblongata-Centren zu Stande. Ich will vielmehr die dritte Wirkung in Folge der Betheiligung höherer Organe, des eigentlichen Seelenorgans, im Anschluss an die Verletzung ins Auge fassen, wobei auch noch von den direkten Folgewirkungen auf dieses, wie es gewöhnlich als Bewusstlosigkeit, Depression, Angst beobachtet wird, abgesehen werden soll. Diese Störung des Seelenorgans dauert vom Beginn des Unfalls ab kürzere oder längere Zeit — Minuten bis Tage. Man könnte sie primäre Seelenstörungen nach Unfällen nennen. Die Störungen, welche in Folge von Suggestion oder Autosuggestion sich an den Unfall anschliessen, entstehen erst später, wenn die Zeit der vorbenannten Störungen vorübergegangen ist. Die Zeit des Anfangs dieser Störungen, die wir als sekundäre, nach Unfällen auftretende Seelenstörungen bezeichnen können, beginnt gewöhnlich erst, wenn schon Wochen seit dem Unfall verflossen sind. Es sei dabei noch bemerkt, dass ich von den eigentlichen Psychosen, wie sie als nicht selten nach Unfällen schon lange geschildert sind, hier absehen werde.

Eine Reihe von Momenten wirken meist zusammen um bei einem Verletzten durch Suggestion und Autosuggestion eine besondere Krankheit zu Stande zu bringen. Seltener werden in unserer Zeit die gefestigten Charaktere und ruhigen Temperamente, deren stoische Gemüthsanlage die Folgen eines Unfalls gelassen und geduldig abwartet. Mir scheint, das liegt begründet in der entschieden vorhandenen allgemeinen Zunahme der Nervosität der Menschen, in der Steigerung der Reizbarkeit und Schwäche ihres gesammten Nervensystems und in der Verbreitung der Blutarmuth in allen Volksklassen. Diese Schwächung der Nervenkraft des Körpers bewirkt eine Abnahme der Widerstandsfähigkeit gegen Angriffe, welche den Körper oder die Seele oder beide treffen. Die Geneigtheit des Nervensystems zu Erkrankungen in Folge von Einbildung und von Vorstellungen ist, wie mir scheint, niemals so gross gewesen wie jetzt. Höchstens die Zeiten der grossen Veits-

tanzepidemien im Mittelalter lassen sich hiermit vergleichen. Es ist von Prof. Sommer für die Bezeichnung solcher krankhaften Zustände aus Einbildung ein neuer passender Ausdruck geschaffen: psychogen, in der Psyche entstanden. Es ist das ein sehr weiter Begriff, unter welchen sich krankhafte Zustände der schiedensten Art — echte Psychosen — mit unterbringen lassen, doch soll der Begriff nicht so weit gefasst werden. Wir sehen, dass gerade bei Unfall-Verletzten hypochondrische und hysterische Symptome eine häufige und grosse Rolle spielen. Häufig entsteht echte Hysterie mit klassischen Lähmungen und Anfällen nach einem Unfalle, oft auch echte Hypochondrie; diese beiden Psychosen sollen hier ausser Acht gelassen werden. Ich möchte das Augenmerk vielmehr richten auf jene Formen unvollkommen ausgeprägter Krankheitsbilder, für welche von den Franzosen der Name formes frustes erfunden ist. Berücksichtigen wir nun die oben als Grundlage zu dem Entstehen unserer Fälle bezeichnete nervöse und psychische Reizbarkeit und Schwäche der Individuen, die vom Unfall betroffen werden, so haben wir unvollkommen ausgeprägte Krankheitsbilder von Neurasthenie mit psychogenen, hypochondrischen Symptomen vor uns.

Es ist ein häufiges Symptom bei dem Neurastheniker, dass bei ihm die Neigung besteht, Dinge, die seinen Körper betreffen, schlimmer und schwärzer anzusehen, als sie es verdienen. Der Neurastheniker ist geneigt, sich durch hypochondrische Autosuggestionen sein Leiden zu verschlimmern und sich neue Beschwerden dadurch zu schaffen. Diese Autosuggestionen haften häufig ebenso sehr fest, wie sie in anderen Fällen sich leicht durch eine ärztliche Aufklärung, eine Gegensuggestion, beseitigen lassen. Oft genug sind aber Neurastheniker den ärztlichen Gegenvorstellungen nur wenig zugänglich, sogar wenn es gelingt, sie in Hypnose zu versetzen, weil ihre eigenen Vorstellungen zu fest eingewurzelt sind. Andererseits ferner genügt schon, wenn der Kranke die ärztlichen Suggestionen angenommen hat und von ihnen beeinflusst ist, nicht selten eine Kleinigkeit, ein Zweifel seitens dritter Personen, eine unbedachte Bemerkung eines anderen Arztes, ein geringfügiger Verstoss gegen die Kurvorschrift und daraus entspringende Selbstvorwürfe, die alten krankhaften Suggestionen in derselben oder verstärkten oder modifizirten Weise wieder auftauchen zu lassen und dadurch den Erfolg der ärztlichen Beeinflussung — Psychotherapie — mehr oder weniger zu vereiteln.

Diese selben Erscheinungen sehen wir auch bei den Verletzten auftreten, sofern sie sich einige Zeit nach dem Unfall in dem labilen Zustande der Psychasthenie und Neurasthenie mit Neigung zu Hypochondrie befinden.

Bei der Verschiedenartigkeit der Lebensstellung und der Konstitution der Verletzten, der Mannigfaltigkeit der Art der Verletzungen, der Menge der Vorstellungen, die sich in dem Seelenbinnenleben der Verletzten abspielen, ihrer verschiedenen Empfänglichkeit für äussere Eindrücke, die auf den Kranken durch das Verhalten der Umgebung einstürmen und denen sie sich nicht entziehen können, müssen nothwendiger Weise sehr verschiedene Krankheitsbilder zu Stande kommen. Als Sammelname ist für diese Fälle die Bezeichnung traumatische Neurosen ganz zweckmässig, wenn man darunter nur nicht eine Krankheit sui generis versteht. Erkennt man die von französischen Forschern zuerst aufgestellten Krankheitsbilder der Hysterie mit ihrem eigenthümlichen, aber ziemlich konstanten Symptomencomplex an — und das muss man wohl, denn solche Fälle kommen nicht selten vor —, so muss man auch die nach Verletzungen entstandenen Fälle, welche solche Stigmata, wie halbseitige oder anders gestaltete charakteristische funktionelle Hyperaesthesie oder Anaesthesie, Betheiligung der Sinnesorgane, Paresen u. s. w. zeigen als traumatische Hysterie bezeichnen. Diese Fälle bieten der Behandlung oft ein sehr dankbares Ziel. Mitunter aber versagen sie auch vollständig. Es ist schwer zu sagen, woran es liegt, dass in einzelnen solcher Fälle jede Behandlung erfolglos bleibt, oder doch nur eine Besserung bis zu einem gewissen Punkte gelangt, der nicht zu überwinden ist. Die Sicherheit des ersten ärztlichen Auftretens auf Grund der Diagnose scheint mir den Ausschlag zu geben. Andererseits scheint es mir unzweifelhaft, dass bei lange bestehenden hysterischen Affektionen allmählich organische Veränderungen in der Nervensubstanz eintreten, die nicht mehr zu repariren sind. Sehen wir doch organische Veränderungen, z. B. in der Haut als Oedem u. s. w., ebenfalls bei Hysterischen auftreten. Wichtig ist übrigens noch ein anderer Punkt. Unzweifelhaft ist es, dass der Umstand der Angehörigkeit an eine Kasse oder Gesellschaft, welche für die Verletzung entschädigungspflichtig ist, die Behandlung des Verletzten häufig wesentlich erschwert, indem sie die Heilung verzögert und oft auch die Heilung geradezu ganz allein verhindert. — Eine grosse Zahl von Verletzten mit nervösen funktionellen Nachkrankheiten kann man nicht unter diese echten hysterischen Bilder einreihen. Dazu gehören vornehmlich jene Fälle, welche nur einzelne Symptome zeigen, die zwar dem Bilde der Hysterie entlehnt sein können, die aber ebensogut der Neurasthenie entnommen sein können, Symptome, die sich besonders auf dem Gebiete der subjektiven Empfindungstörung als Schmerzen, Algieen und Paraesthesieen zeigen. Funktionelle Hyperaesthesie und Anaesthesie gehören nicht hierher. Diese subjektiven Empfindungen sind von praktisch grösserem Interesse. Sie sind oft rein subjektiver Art; entbehren jeder organischen Grundlage; sind aber mindestens ebenso hartnäckig, als wenn sie auf organischen Veränderungen der Nerven oder Stoffwechselkrankheiten, die natürlich ausgeschlossen werden müssen, beruhten. Sie sind trotzdem im Stande, den davon Betroffenen ebenso schwer zu schädigen wie Gelenk- und Knochenverletzungen, die schlecht, mit Funktionsstörung, geheilt sind. Diese subjektiven Empfindungsstörungen fallen besonders der Nachbehandlung dem Nervenarzte zu, der häufig Gelegenheit hat, sich mit ihnen oft lange und oft auch vergebens abzuquälen. Leider werden diese subjektiven Beschwerden nicht selten durch unzweckmässige Behandlung mancher Aerzte und durch Erregung von hypochondrischen Vorstellungen geradezu im Seelenleben der Kranken fixirt und verschlimmert. Die Simulation solcher Störungen ist selten. Sehr häufig ist aber Uebertreibung und zwar meistens unabsichtliche Uebertreibung. Diese macht die Beurtheilung dieser Zustände zu schwierigen Dingen. Mitunter sind es ganz kleine, harmlose Verletzungen, die zu schweren subjektiven Klagen und Beschwerden führen.

Worin liegt die Ursache zu der Hartnäckigkeit dieser subjektiven Empfindungsstörungen und Schmerzen? Ich glaube, da sie bei ganz geringfügigen und bei schweren Verletzungen, mit und ohne objektive organische Veränderungen vorkommen, so darf man nicht die Verletzung an sich als Ursache ansehn. Man trifft nun die Empfindungsstörungen sowohl bei Arbeitern, die Rentenansprüche erheben, aber auch, aber viel seltener, bei Leuten, die diese Ansprüche nicht machen können. Die ersteren wiegen so oft vor, dass die Möglichkeit eine Rente zu beanspruchen ein wichtiges Moment zum hartnäckig werden, zum chronisch werden solcher Empfindungsstörungen durch Auto- und Fremdsuggestion ist. Dieser Grundsatz dürfte jetzt wohl allgemein anerkannt werden. Noch ein weiterer Umstand kommt aber hinzu. Man findet diese Störungen in hartnäckiger Weise wohl fast immer nur bei Leuten, die körperliche Arbeit leisten in irgend welcher Form, als häusliche, oder Berufs-

arbeit, also bei solchen, denen natürlicher Weise mehr daran liegen muss einen intakten, arbeitsfähigen Körper zu haben, als etwa einem Rentier. Ein Rentier oder ein Pensionär wird nach einer Verletzung gewöhnlich keine oder doch nur äusserst selten eine ähnliche Empfindungsstörung als Neurose davon tragen. Weshalb? Weil er ja gut fundirt ist und es gleichgültig ist, ob er arbeiten kann oder nicht; für seinen Lebensunterhalt ist gesorgt. Bei ihm taucht deshalb gar nicht der Gedanke auf, was wird aus Dir, wenn Du nun ein Krüppel wirst? Seine Gedanken brauchen sich aus diesem Grunde nicht in hypochondrischer Weise mit seinem eignen Körper zu beschäftigen. Natürlich kommen Ausnahmen davon vor.

Unserer arbeitenden Bevölkerung aber mit ihren schlechten sozialen Lebensverhältnissen, ihrer mangelhaften Hygiene und ungenügenden einförmigen Kost, der Gewöhnung an Alkohol, mit ihrer trostlosen Aussicht aufs Alter muss nach einer Verletzung nothgedrungen dieser Gedanke kommen und immer wieder kommen. Darin liegt der Grund zur psychischen Erkrankung. Unsere Arbeiter wollen arbeiten und für sie giebt es nichts schrecklicheres, als einen siechen Körper zu haben, der sie erwerbsunfähig macht. Das Vorhandensein arbeitsscheuer Vagabunden beweist nichts dagegen, da sie alle unter den Einfluss des Alkoholismus stehen. Wirklich arbeitsscheu scheinen blos Schnapssäufer zu sein. Es sind also in erster Linie bei dem ordentlichen nüchternen Arbeiter die Gedanken an die Zukunft, die Sorge, wie es werden wird, welche den Verletzten zwingen sich mehr als ihm gut ist, psychisch mit seiner Verletzung zu beschäftigen. Das kann schon während der ersten Tage des Krankenlagers beginnen oder bald nach den Unfall, wenn die Einwirkungen des Shocks verflogen sind.

In dieser Zeit ist der Verletzte äusserst empfänglich gegen die Aeusserungen seiner Umgebung, speziell auch des Arztes. Ich glaube, schon oft mag eine unvorsichtige Bemerkung des Arztes im Beginn den Grund zu der schweren nervösen Nachkrankheit gelegt haben. Wenn ein solcher Verletzter den Arzt fragt, ob er wieder ganz hergestellt wird, ob er bald wieder arbeiten könne, und der Arzt antwortet ihm, der schon Neigung zur Nervosität resp. Hypochondrie hat, etwa in der Weise: Ja, das kann man noch nicht wissen, oder es wird wohl lange dauern oder gar, da werden sie immer zu leiden haben, so ist es selbstverständlich, dass solche Worte auf einen Menschen, dessen Wohl bisher von seiner Arbeitskraft abhing, einen äusserst deprimirenden Eindruck machen müssen. Diese ärztlichen Aeusserungen werden dann der Entstehungspunkt einer Neurose. Nicht blos der Arzt braucht es zu sein; auch das Verhalten der Verwandten und Freunde ist ebenso wichtig. Die guten Freunde, die dem Kranken erzählen, dass der und jener auch mal Aehnliches erlebte und nie wieder gut geworden sei, dass er immer noch an Schmerzen leide oder immer noch den Arm nicht ordentlich gebrauchen könne, diese guten Freunde erweisen dem Verletzten mit ihren Suggestionen einen schlechten Dienst. Solche Aeusserungen von der Umgebung oftmals wiederholt und durchgesprochen fixiren sich als wiederholte Suggestionen in dem Seelenbinnenleben des Verletzten. Er beginnt sie zu verarbeiten, und nun ist der Beginn der Neurose gesetzt.

Haben wir gesehen, wie diese Krankheiten entstehen, so bleibt jetzt die Frage zu beantworten, wie sind sie zu behandeln, wenn sie entstanden sind, und ferner, wie ist es zu verhüten, dass sie überhaupt entstehen. Auf das Letztere muss der Schwerpunkt gelegt werden. Dies ist ein Kapitel für die Volkshygiene. Es handelt sich darum, der Weiterverbreitung der Blutarmuth und Nervenschwäche unter dem Volke, unter der arbeitenden Bevölkerung der Stadt und des Landes entgegenzutreten. Dass dieser Plan sehr schwierig durchzuführen ist, liegt auf der Hand. Die Verbesserung der sozialen Stellung der arbeitenden Bevölkerung, insbesondere die Fürsorge für das Alter und die Verletzten selbst scheint mir hier ausserordentlich wichtig zu sein. Ist es doch bekannt, dass, wenn die Ansprüche eines Verletzten geregelt sind, wenn er in ein ruhiges Fahrwasser gelangt ist, und Gewissheit bezüglich seiner Zukunft erlangt hat, dass dann gewöhnlich nach einiger Zeit eine Besserung seines Zustandes eintritt, jedenfalls wird die Neurose Stillstand machen und keine Verschlimmerung weiter entstehen, wenigstens für gewöhnlich. Auf diesem Gebiete hat die Gesetzgebung schon ein ansehnliches Stück Arbeit gethan. Sie sichert den durch den Unfall arbeitsunfähig Gewordenen eine Rente. Dass einzelne Individuen sich diesen Umstand zu Nutze machen würden, die nicht die Berechtigung dazu hatten, lag auf der Hand. Es ist aber nicht richtig zu sagen, dass die Unfall-Gesetzgebung die Simulanten erst gross gezogen habe. Solche hat es eben immer gegeben. Eine genaue ärztliche Untersuchung wird diese Leute auszumerzen haben. Wie die soziale Stellung der Arbeiter gebessert und ihre Körperkonstitution widerstandsfähiger werden könne, das zu beurtheilen, maasse ich mir nicht an. Sorge für gute Wohnungen und gutes Essen aber bilden wohl dabei den Grundsatz. Auch nach dieser Seite hin wird an vielen Orten von Einzelnen und Korporationen erfolgreich gearbeitet. Durch sachgemässe Belehrung in der Schule scheint mir hier noch viel geschehen zu können.

Wie hat der Arzt solche Fälle zu behandeln? Vor Allem muss er im Stande sein, die Fälle richtig zu deuten; eine gewisse Kenntniss in der Psychiatrie, die den meisten praktischen Aerzten jetzt fast vollkommen fehlt, ist ihm dabei von grossem Nutzen. Mit einem Rezept kommt man bei solchen Kranken nicht weit. Ein verständiges Wort und aufklärender Zuspruch ist mehr werth. Die gesunkene Energie und der fehlende Muth sind zu beleben. Das geschieht am besten durch körperliche Arbeit, die ablenkt und deren Vollbringen dem Arbeitenden Vertrauen in seine Glieder und Genugthuung verschafft. Die medicomechanischen Institute sind Ersatzmittel für diese Arbeit bis zum gewissen Grade. Doch darf man nicht so weit gehen, zu behaupten, nur in diesen Instituten könnten Erfolge erzielt werden. Ein solches Institut mit einem unkundigen Arzt wird nichts leisten. Die Persönlichkeit des Arztes ist hier das Ausschlaggebende. Mit den primitivsten und einfachsten Apparaten lassen sich dieselben Erfolge erzielen wie mit den theuersten Maschinen. Der Arzt soll dem Kranken heilsame Gegenvorstellungen in seinem Vorstellungsleben erwecken. Weit besser als solche maschinellen Einrichtungen sind Arbeitsstätten im Felde, im Hofe und im Hause — Schmieden, Sattlereien, Tischlereien etc., in denen der Kranke mit Hand anlegen muss. Dem Kranken muss die Möglichkeit gegeben sein, noch während seines Aufenthaltes im Unfallkrankenhause diejenige Arbeit, an welche er gewöhnt war, recht bald wieder zu versuchen und zu üben. Er muss seinem Beruf wieder nachgehen können, indem er mit der leichtesten Arbeit beginnt und unter ärztlicher Leitung und Führung allmählich mit Kräftigerwerden seines Körpers auch zu schwererer Arbeit übergeht. In den Fabriken und im Berufe ist solche leichte Arbeit für die Unfallkranken nicht zu beschaffen. Wenn man einem Kranken den Auftrag giebt, sich in seinem früheren Beschäftigungskreise nach leichter Arbeit umzusehen, so wird ihm vom Werkmeister oder Fabrikherrn gesagt: Leichte Arbeit können wir nicht für Sie aussuchen; bleiben Sie so lange zu Haus, bis Sie wieder ganz arbeitsfähig sind und jede Arbeit thun können. Das ist ein Hemmschuh für die Kranken. Krankenhäuser, die in Zukunft

Anspruch auf Vollkommenheit machen wollen, werden sich also mit Arbeitswerkstätten zu versehen haben.

Der Arzt selbst wird, um das Entstehen von Unfallneurosen zu hindern, sein Augenmerk darauf richten, dass ungünstige Suggestionen von dem Kranken entfernt bleiben. Er wird die Umgebung in diesem Sinne instruiren; er wird mit seinen eigenen Aeusserungen vorsichtig sein müssen. Das wird nur möglich sein, wenn er im Stande ist, das Vertrauen seiner Kranken und deren Umgebung zu gewinnen.

Zur reflektorischen Atrophie des Quadriceps.

Von Dr. Ferd. Bähr-Hannover.

(Autorreferat.)

B. hält die Bezeichnung reflektorische Atrophie für richtiger als arthritische, weil sie nicht allein nach Gelenkaffektionen, sondern auch bei anderweitigen pathologischen Zuständen der Muskeln selbst oder der Umgebung auftreten. Unter Zurückweisung der Annahme einer Trophoneurose sucht B. das Zustandekommen der Atrophie als einen einfachen Hemmungsvorgang zu erklären, in der Weise, dass der centripetale Reiz jegliche motorische Beeinflussung des Muskels aufhebt. Hiermit sind nicht allein die willkürlichen Kontraktionen des Muskels gemeint, deren Aufhebung als Inaktivität bezeichnet wird, sondern auch jene Menge von unmerklichen Beeinflussungen des Muskels, wie sie z. B. auf dem Wege des Reflexes stattfinden. Die vielfach behauptete Steigerung der Reflexe fehlt oft in den ausgesprochenen Fällen. Für die Prognose spielt die Schmerzhaftigkeit eine grosse Rolle, was auch daraus hervorgeht, dass bei Fixation des Gelenkes durch feste Verbände die Atrophie keineswegs immer so auffallend ist, wie man vielfach behauptet hat. Für die Therapie empfiehlt es sich, dem Muskel möglichst viel motorische Impulse zuzuführen in Form von Elektrizität und vorsichtiger Gymnastik. Alle therapeutischen Massnahmen sollen möglichst schonend ausgeführt werden unter Vermeidung von Schmerzhaftigkeit. Die Beschwerden sind nicht immer dem Grade der sichtlichen Atrophie entsprechend. Sie richten sich mehr nach den Leistungen, welche von dem verletzten Bein gefordert werden, werden also vor Allem dort in den Vordergrund treten, wo an die Streckmuskeln grosse Anforderungen gestellt werden, also namentlich beim Tragen von Lasten in die Höhe. Die Messung mit dem Bandmass ist ziemlich unzuverlässig in seinem Werth, weil an der unteren Partie wegen des Vorspringens der Sehnen der Beuger eine Atrophie der Vasti leicht maskirt werden kann.

Gebührenwesen.

Können die Unfallberufsgenossenschafts-Instanzen das Honorar für ärztliche Gutachten einseitig und selbstständig festsetzen?

Mitgetheilt von Dr. Grassl-Vilshofen.

Dass die soziale Gesetzgebung in die ärztliche Praxis tief hineingreift, wurde schon oft nachdrücklich behauptet und nachgewiesen. Ein neuer Beweis soll dies abermals erhärten.

Die Gürtlersfrau Maria Leisinger von Vilshofen fiel vor fünf Jahren kopfüber vom Heuwagen und zog sich eine Fraktur der Schädelbasis zu. Dieselbe befand sich 90 Tage in meiner kassenärztlichen Behandlung und wurden ihr gemäss meines Gutachtens 100 Prozent Arbeitsbeschränkung von der land- und forstwirthschaftlichen Unfallberufsgenossenschaft für Niederbayern zuerkannt. Nach Ablauf von einem Jahre wurde sie dem k. Bezirksarzt zur Begutachtung zugewiesen, welcher eine bloss 75 prozentige Arbeitsbeschränktheit konstatirte. Nach Ablauf einer weiteren Zeit wurde auch dieser Prozentsatz nach Gutachten des Amtsarztes gekürzt. Bereits bei der ersten Herabsetzung klagte die Leisinger mir gegenüber, dass ihr Unrecht geschehe; diese Klage wiederholt sie in ganz intensiver Weise bei der zweiten Verminderung. Sie bat mich unter Thränen, ein ausführliches Gutachten zu ihren Gunsten abzugeben. Ich liess mich zu einer genauen, eingehendsten Untersuchung, die drei Stunden in Anspruch nahm, herbei, und da ich positive Anhaltspunkte eines schweren Leidens fand und da ich überzeugt bin und war, dass der Verletzten wesentlich Unrecht geschehe, stellte ich ihr ein ausführlich wissenschaftlich begründetes Gutachten in dem Umfange von sieben Seiten aus, nicht aber, ohne zuvor meinen ersten Befund durch eine abermalige genaue Untersuchung, die diesmal zwei Stunden dauerte, erhärtet zu haben. Für die Untersuchung von fünf Stunden und für die Abgabe und Begründung des Gutachtens stellte ich zehn Mark in Rechnung. Gestützt durch dieses Gutachten legte Leisinger Berufung zum Schiedsgericht ein unter Anbiegung der ärztlichen Deservite. Am 25. April 1895 erging nun das Urtheil des Schiedsgerichtes. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens des Dr. Grassl, dann des Vertrauensarztes Medizinalrathes Dr. Egger ist das Urtheil der Berufsgenossenschaft aufzuheben; die Berufsgenossenschaft hat die Kosten zu zahlen nebst den Reisekosten „einschliesslich der Kosten für das Gutachten des Dr. Grassl vom 15. d. M., welche auf fünf Mark festgesetzt werden."

Gegen diesen letzten Passus ergriff L. auf meine Veranlassung rechtzeitig Rekurs zum Landesversicherungsamt. Man führte aus: Nach der K. V. vom 18. Dezember 1875, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr., die zweifellos noch zu Recht besteht, ist für ein motivirtes Gutachten 10—25 Mark zu zahlen. Das von Dr. Grassl gelieferte Schriftstück war unbestritten ein motivirtes Gutachten. Die Motive waren nothwendig, weil ein gegentheiliges bezirksärztliches Gutachten vorlag, gegen das nur ein wohl begründetes Zeugniss zur Geltung kommen konnte. — Auch der ordentliche Richter hält sich bei der Festsetzung der ärztlichen Taxe an die k. A.-Verordnung und es kann gar kein Präcedenzfall geliefert werden, in welchem dies nicht geschah. Demgemäss habe sich das Schiedsgericht nach der bestehenden einschlägigen Verordnung zu richten. Da hier eine öffentliche Kasse in Betracht kommt, war die niedrigste Taxe, wie geschehen, aufzunehmen. Ausser diesem objektiven Grund spreche auch subjektiv der weitere Umstand für die Gewährung von 10 Mark, dass nämlich der begutachtende Arzt im Interesse der Berufsgenossenschaft zwei Untersuchungen mit zusammen fünfstündiger Dauer vornahm, und zur Niederschrift des Gutachtens zwei Stunden brauchte, mithin mindestens sieben Stunden thätig war, wobei die weitere Zeitverbrauchung zur Herbeischaffung der einschlägigen Literatur und der Durchnahme derselben ausser Ansatz blieb. Für sieben Stunden Arbeit fünf Mark Entschädigung entspreche nicht der wissenschaftlichen Bildung und der sozialen Stellung des begutachtenden Arztes, und der grossen Verantwortung eines derartigen Gutachtens. Aber auch in formaler Beziehung sei das Urtheil des Schiedsgerichtes unrichtig. — In privatrechtlicher Beziehung habe Dr. Grassl seine ärztlichen Deserviten von der begutachteten Leisinger zu verlangen und beizutreiben; diese habe erst den Regressanspruch an die Berufsgenossenschaft; die Berufsgenossenschaft kann daher die Höhe des ärztlichen Honorars garnicht festsetzen, sondern es ist dies Sache des ordentlichen Richters. Der Arzt untersteht ebensowenig dem Schiedsgerichte wie der Bandagist oder eine Kuranstalt. Mit gleichem Rechte könnte ein Schiedsgericht bestimmen, dass einem Verletzten von irgend einem Bandagisten eine künstliche Prothese

um 40 Mark zu liefern sei oder dass eine Krankenanstalt einen Verletzten gegen eine Entschädigung von täglich 1 Mark aufnehmen müsse. Dadurch wäre dem Schiedsgerichte eine Machtvollkommenheit zum Eingreifen in die allgemein bürgerlichen Verhältnisse gegeben, die sicher nicht im Willen des Gesetzgebers lag und die durch eine legale Stelle nicht begründet werden kann.

Deswegen sei das Urtheil des Schiedsgerichtes aufzuheben und es sei auszusprechen, dass das Schiedsgericht überhaupt nicht zur Festsetzung des ärztlichen Honorars befugt war, eventuell dass es sich an die bestehende Verordnung zu halten habe.

Das Bayerische Landesversicherungsamt, gezeichnet Oberregierungsrath Rasp, hat nun am 22. Juli 1895 folgendes Urtheil ergehen lassen:

„Der Rekurs der Maria Leisinger ... wird als unzulässig verworfen und hat dieselbe der genannten Berufsgenossenschaft die durch den Rekurs veranlassten Kosten zu erstatten."

Aus den Gründen: „Der Rekurs ist nach § 68 des Unfallversicherungsgesetzes nicht gegen alle Urtheile des Schiedsgerichtes zulässig, sondern nur in schwereren Fällen, die in § 62 Abs. 2 des Unfallversicherungsgesetzes festgestellt sind. Hieraus ergiebt sich, dass der Leisinger ein Rekursrecht gegen die Entscheidung des Schiedsgerichtes bezüglich der Bemessung des Gutachtens des Dr. Grassl nicht zusteht, weshalb in Haupt- und Nebensache wie geschehen zu erkennen war."

Gegen das Urtheil des Landesversicherungsamtes kann wohl nichts eingewendet werden, da sich dasselbe mit einer klaren Gesetzesstelle deckt. Es ist aber ein Irrthum des Landesversicherungsamtes, dass der Beschwerdegrund kein „schwerer" war, er ist nur nicht im Gesetz enthalten. Der Beschwerdegrund ist ein sehr schwerer, er ist der schwerste, den es überhaupt giebt, er betrifft nämlich die Frage, ob ein Urtheil eines Schiedsgerichtes, das weit über seine Kompetenz hinausgeht, rechtlich gültig ist. Nicht um die Bagatelle von fünf Mark handelt es sich, sondern um die Unterordnung der bürgerlichen Gewerbe unter die Botmässigkeit der Berufsgenossenschaften und ihrer Instanzen. Und da hier eine offenbare Gesetzesverletzung vorliegt, hätte das Landesversicherungsamt Mittel und Wege suchen sollen, die Ueberschreitung der schiedsrichterlichen Machtvollkommenheit wett zu machen, zum mindesten hätte sie diesen Passus in den Gründen berühren sollen. Den Gewerbetreibenden jeder Art, gleichgiltig ob Aerzte oder Handwerker, bleibt bei derartigen Verfahren nur die einzige Möglichkeit sich ihren verdienten Lohn zu sichern, nämlich vor Abgabe eines Gutachtens oder Lieferung einer mechanischen Arbeit sich die schriftliche Zusicherung der ordnungsmässigen Bezahlung durch die Berufsgenossenschaft zu sichern, ohne Rücksicht darauf, welchen Preis die höheren Instanzen der Unfallversicherung festsetzen werden. Der Arzt und Gewerbetreibende dürfte nämlich kein Recht der direkten Klage der Berufsgenossenschaft haben, und die Renten beziehen, sind gewöhnlich derartig arm, dass eine Klage aussichtslos ist. Die Rentenbezieher werden nur in den allerseltensten Fällen die Unfall-Berufsgenossenschaft vor den ordentlichen Richter ziehen, aus Gründen, die zu nahe liegen, um weiter auseinandergesetzt werden zu müssen. Ich habe diese nach meiner Ansicht durch das Gesetz nicht zu begründende Prozedur der Bayerischen Versicherungsämter in ihren Instanzen veröffentlicht, um die Gesetzgeber bei einer Neuordnung und Revision des Unfallwesens auf diesen Punkt aufmerksam zu machen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Unwesentliche, die Erwerbsfähigkeit wenig (5 Prozent) oder gar nicht beeinträchtigende Schädigungen der körperlichen Unversehrtheit können nicht als wirthschaftliche Nachtheile im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes erachtet werden.

Der im Betriebe der Königlichen Eisenbahn-Direktion zu Köln beschäftigte Werkstättenhilfsarbeiter St. zu B. hatte sich bei der Arbeit eine unbedeutende Fingerverletzung zugezogen, für die er von dem Fiskus eine Rente von 15 Prozent derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit beanspruchte. Nachdem ihm seitens des Schiedsgerichts nur eine solche von fünf Prozent zugebilligt war, legte er mit dem gleichen Antrage Rekurs an das Reichs-Versicherungsamt ein.

Dieser ist mittelst Entscheidung vom 22. April 1895 zurückgewiesen worden.

Nachdem der Kassenarzt unter dem 23. April 1894 ausdrücklich bescheinigt hatte, dass weder die Narbe an der Kuppe des rechten Mittelfingers, noch die etwas veränderte Gestalt dieses Fingers den Kläger irgendwie bei der Arbeit behindere, und das Schiedsgericht auf Grund des Augenscheins nur zu einer Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit auf 5 Prozent gelangt war, hat das Rekursgericht aus dem übrigen Inhalt der Akten keinen ausreichenden Anlass entnehmen können, um die Rente des Klägers auf 10 oder gar 15 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu erhöhen. Dabei hat das Reichs-Versicherungsamt ausgesprochen, dass die Gewährung einer Rente von 5 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit dem Bedenken unterliegt, ob mit solchen — hier monatlich 2,20 Mark betragenden — geringen Renten der Absicht des Gesetzgebers überhaupt entsprochen wird und nicht vielmehr angenommen werden muss, dass derartige geringe Schädigungen der körperlichen Unversehrtheit, wie sie bei der Gewährung einer Rente von 5 Prozent vorausgesetzt sind, als ein wirthschaftlicher Nachtheil im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes füglich kaum noch gelten können.

(Rek.-Entsch. vom 22. April 1895.)

Aus dem Reichsgericht.

Direkte und indirekte Folgen einer Körperverletzung.

Eine Körperverletzung, welche bei dem Verletzten eine grosse Gemüthserregung zur Folge hat, die dann den Ausbruch der Geisteskrankheit bewirkt, ist, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, IV. Strafsenats, vom 12. März 1895, als schwere Körperverletzung aus § 224 Str.-G.-B. zu bestrafen. „Das Gesetz (§ 224 St.-G.-B.: „hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ... in Geisteskrankheit verfällt ...") setzt lediglich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Körperverletzung und der Geisteskrankheit voraus. Ob die letztere direkt durch Verletzung der Gehirnsubstanz oder indirekt dadurch verursacht wird, dass die Misshandlung zunächst Nervenerschütterung, Gemüthsbewegung oder eine körperliche Krankheit hervorruft und hierdurch dann demnächst die Geisteskrankheit zum Ausbruch gelangt, ist rechtlich gleichgiltig. Der Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn die Misshandlung einer der Umstände war, die vermöge ihres Zusammentreffens die Ursache der Geisteskrankheit bildeten. Dies ist im vorliegenden Falle festgestellt worden: die Strafkammer erklärt ausdrücklich für erwiesen, dass ohne die von den Angeklagten verübte Misshandlung der Verletzte nicht in Geisteskrankheit verfallen wäre."

Bücherbesprechungen.

Bertillon, Das anthropometrische Signalement. II. vermehrte Auflage mit einem Album. Autoris. deutsche Ausgabe von Professor Dr. von Sury. Bern und Leipzig. A. Siebert 1895.

Als 1885 Bertillon sein Identifikationsverfahren dem internationalen Gefängnisskongress in Rom vorlegte, da zweifelten nicht bloss die Männer der Praxis an der Nützlichkeit und Durchführbarkeit desselben, nein auch die Vertreter der Wissenschaft waren geneigt, die Sache für eine ausgeklügelte Spielerei zu halten.

Heutzutage hat die Bertillonage längst die Feuerprobe überstanden. Niemand, der sich ernstlich mit der Sache beschäftigt, wird den genialen Zug des Ganzen verkennen, weitaus die Meisten werden die Methode zur internationalen Ausprobung für reif halten.

Wenn anstatt des dünnen Büchleins der I. Auflage jetzt ein stattlicher Band, der mit dem dazu gehörigen Album dreihundert Seiten zählt, uns als II. Auflage geboten wird, so kommt das nicht etwa daher, dass sich die Feststellung des Individuums durch Messung wesentlich verändert oder komplizirt hat, nein, es hat sich an die systematische Körpermessung zielbewusst die systematische Personenbeschreibung angereiht und dadurch ist das Werk für Jeden, der sich mit der Erkennung und Schilderung von Personen befasst, also für Polizeibeamten und Kriminalisten ebenso wie für Aerzte und Anthropologen, eine Fundgrube des Lehrreichen und Wissenswerthen geworden.

Mit einfacher Klarheit zeigt Bertillon, wie man die Verschiedenheit der Körperformen von der Gesammtgrösse und Haltung bis zur Oberfläche und Umrandung des Ohrläppchens nach bestimmten schematischen Abgrenzungen mit übereinstimmenden Ausdrücken bezeichnen kann, und so entsteht ein „portrait parlé“, eine Personenschilderung, gegen welche die bisherigen Signalements zu kindlichen Versuchen herabsinken.

Dass man die Grundsätze dieser Personalbeschreibung jedem befähigteren Polizeiunterbeamten beibringen kann, muss man dem Verfasser zugestehen, namentlich wenn man, wie Ref., aus eigener Anschauung es kennen gelernt hat, dass Unterbeamte in kurzer Zeit die Bertillonschen Messungen auf den Millimeter richtig ausführen lernen.

Auch der Photographie weist Bertillon die richtige Stellung an. Für sich allein ist sie ein trügerisches Mittel zur Personenfeststellung und die vielgerühmten Verbrecheralbums haben gewiss schon manchen verhängnissvollen Irrthum gezeitigt. Er hält sie nur für ein Hilfsmittel bei Aenderung der Messungsergebnisse infolge des Wachsthums und verlangt internationale Uebereinkunft behufs gleicher Bildgrösse ($^1/_{20}$ der natürlichen) und Kombination von gut beleuchtetem Vollgesichtsbilde mit rechtsseitigem Profilbild.

Die Uebersetzung des Professors Dr. v. Sury hat die Vorzüge des Originales treu wiedergegeben. An einigen Stellen, wie z. B. bei der Erläuterung der charakteristischen Sprachfehler der Ausländer, ist er in Bezug auf die deutsche Sprache mit geschickter Eigenarbeit eingetreten.

Herr v. Sury ist in diesem Sommer, nachdem er noch kurz zuvor auf dem Kongress der internationalen krimininalistischen Vereinigung in Linz die Vorzüge der Methode dargethan hatte, in der Blüthe seiner Schaffenskraft aus dem Leben geschieden.

Möge seine Uebertragung das vermitteln, was er dadurch erreichen wollte: Interesse und Verständniss für ein neues Gebiet der praktischen Verwendbarkeit wissenschaftlicher Methodik. L.

Tagesgeschichte.

Beweisverfahren bei der Unfall-Versicherung.

Der Präsident des Reichs-Versicherungsamtes Dr. Boediker hat der zehnjährigen Wirksamkeit der Unfall-Versicherung in einem jetzt erschienenen Werke: „Die Arbeiter-Versicherung in den europäischen Staaten“ einen literarischen Denkstein gesetzt. Es wird die ärztlichen Kreise aus dem reichen Inhalt dieses Buches besonders interessiren, was über das Beweisverfahren bei Unfall-Verletzten gesagt ist. Es sei zweifellos, dass eine Regelung auf öffentlich-rechtlicher Grundlage hierbei jedweder privatrechtlichen Auseinandersetzung überlegen sei, denn nur dort könne zu Gunsten der Arbeiter eine Rechtspflege geübt werden, die keine strikten Beweise verlangt, sondern von Amtswegen die berechtigten Ansprüche des Arbeiters ergründet und in freier Beweiswürdigung dem Verletzten zu seinem Rechte verhilft. Hierin liege die versöhnende Kraft der Gesetze. Der in den Schiedsgerichten und in den Spruch-Kollegien des Reichs-Versicherungsamtes zu Sitz und Stimme berechtigte Arbeiter sieht es und legt als ehrlicher Mann Zeugniss dafür ab, dass, was möglich ist, zur Klarstellung des erhobenen Anspruchs geschieht und dass im Gegensatz zu der Forderung strenger Haftpflichtprozess-Beweise schon dann dem Arbeiter sein Recht wird, wenn der Gerichtshof vor Gott und seinem Gewissen die Zusprechung der Rente, weil das Recht nach der grösseren Wahrscheinlichkeit auf Seiten des Arbeiters ist, verantworten kann.

Auch in den ärztlichen Gutachten in Unfall-Versicherungssachen wird es sich ja in der Regel nicht um strikte Beweise, sondern um mehr oder weniger hohe Wahrscheinlichkeiten handeln. Diese aber genügen für die richterliche Entscheidung und für die Ausführung dieser humanen Gesetzgebung, bei deren Wirksamkeit dem ärztlichen Sachverständigen eine so ausgiebige Betheiligung obliegt. B.

Leichenöffnungen in Unfallversicherungssachen.

Das Grossherzogl. badische Ministerium des Innern hat unter dem 13. Februar 1895 folgende Verfügung erlassen:

Die Unfalluntersuchung hat sich in denjenigen Fällen, wo es zweifelhaft ist, ob der Tod eines gegen Unfälle Versicherten auf einen mit dem Betriebe zusammenhängenden Unfall oder auf eine ausserhalb des Betriebes liegende Ursache zurückzuführen sei und wo triftiger Grund zur Annahme besteht, dass nähere Anhaltspunkte zur Lösung dieses Zweifels durch eine Oeffnung der Leiche gewonnen werden können, auch auf die Vornahme einer Leichenöffnung zu erstrecken, wie auch vom Reichs-Versicherungsamt bereits mehrfach anerkannt worden ist. Und zwar ist es wünschenswerth, dass eine solche Massnahme, wo die gedachten Voraussetzungen gegeben sind, möglichst bald, also in der Regel noch vor der Bestattung der Leiche, vorgenommen werde. Jedoch soll eine bezügliche Anordnung des Bezirksamts nicht ohne einen Seitens des berufsgenossenschaftlichen Organs oder der entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen gestellten Antrag erfolgen; nöthigenfalls wäre hierwegen bei dem Sektionsvorstande telegraphisch anzufragen. Auch sind die Hinterbliebenen, sofern sie nicht selbst den Antrag auf Leichenöffnung gestellt haben, vor Anordnung derselben über ihre Zustimmung zu befragen. Uebrigens sind die Hinterbliebenen in allen geeigneten Fällen ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass im Weigerungsfalle, wenn dadurch die Benützung dieses Beweismittels für die Feststellung des Entschädigungsanspruchs unmöglich gemacht wird, dies unter Umständen bei Erledigung des Entschädigungsanspruchs zu ihren Ungunsten ins Gewicht fallen kann. Die Kosten der stattfindenden Leichenöffnung sind, sofern sie zufolge eines von der Berufsgenossenschaft gestellten Antrags vorgenommen wird, nach § 101, Abs. 2 des Unfallversicherungsgesetzes von der Berufsgenossenschaft zu tragen

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker und **Dr. A. Leppmann**

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. **№ 21.** **Ausgegeben am 1. November.**

Die Motivirung der ärztlichen Gutachten in Unfallsachen.

Von

Sanitätsrath Dr. L. Becker-Berlin.

Die Beobachtung, die aus juristischen Kreisen stammt, dass bei den heutigen so äusserst komplizirten Kultur- und technischen Verhältnissen die Entscheidung der sich aufwerfenden Streitfragen immer mehr von dem Juristen auf den Sachverständigen übergeht, trifft nirgends mehr zu als bei der Wirksamkeit der Unfall- und Invaliditäts-Gesetzgebung.

Es ist schon mehrfach die Bemerkung ausgesprochen worden, die sich ja schliesslich Jedem, der viel mit der Begutachtung Unfallverletzter zu thun hat, geradezu aufdrängt, dass die Thätigkeit, die der sachverständige Arzt bei der Ausführung dieser sozialpolitischen Gesetze hat, eine ganz besondere ist, dass unsere Sachverständigen-Thätigkeit hier, ich möchte sagen höher steht, als diejenige bei den gewöhnlichen Gerichten, dass unsere Thätigkeit das Maass der Verantwortlichkeit gewöhnlicher Sachverständiger weit überschreitet, mit einem Wort, dass bei dem ganzen Verfahren der Entschädigung Unfallverletzter der ärztliche Sachverständige der eigentliche Richter ist.

Unsere Thätigkeit als ärztliche Sachverständige bei der Unfallversicherung streift ganz nahe an die richterliche Thätigkeit. Wie der Richter sich klar sein muss, aus welchen Gründen er nach den Paragraphen des Gesetzes für oder wider den Kläger entscheiden muss, so muss sich auch der ärztliche Sachverständige über Art und Weise seiner Schlussfolgerungen ein bestimmtes Bild machen; und gerade auf den Gang dieser Schlussfolgerungen, auf die Motivirung der ärztlichen Gutachten in Unfallsachen möchte ich hier mit einigen Worten eingehen, weil es bei meiner Thätigkeit bei Schiedsgerichten und Reichs-Versicherungsamt, in welcher ich zahlreiche Gutachten der Herren Kollegen einzusehen Gelegenheit hatte, mir aufgefallen ist, wie ausserordentlich oft gerade diese, recht eigentlich gerichtlich-medizinische Seite unserer ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit wenig berücksichtigt und unzureichend beachtet wird.

Für die Abgabe unserer Gutachten haben wir verschiedenes Beweismaterial, welches man füglich in zwei Kategorien theilen kann, einmal dasjenige, über welches auch die Behörde bezw. das Gericht verfügt, das ist der Inhalt der Akten, und zweitens was wir uns selbst verschaffen aus unserer eigenen Untersuchung. — Die Akten enthalten: die Unfall-Anzeige, das polizeiliche Protokoll, die früheren Angaben des Verletzten, die Aeusserungen der berufsgenossenschaftlichen Organe, endlich etwa vorausgegangene ärztliche Gutachten. — Das Formular der Unfall-Anzeige ist bekanntlich seit etwa einem Jahre wesentlich verbessert, und entspricht in seiner jetzigen Fassung wohl auch den ärztlicherseits gestellten Anforderungen, vorausgesetzt, dass es wirklich, worauf die Fassung dringt, unter Beihilfe des zuerst herbeigerufenen Arztes ausgefüllt wird. Höchst wünschenswerth wäre es ja, wenn man bei dieser Unfallanzeige als Beilage einen ärztlichen Bericht über die Verletzung, sowie über die ganze Körperbeschaffenheit des Verletzten mit Urin-Untersuchung vorfände; aber das ist ja nur höchst selten der Fall. — Das ortspolizeiliche Protokoll enthält die Aussagen der Zeugen des Unfalls, und ist meist nur eine höchst dürftige Ergänzung der Unfallanzeige. — Immerhin können wir aus der Unfallanzeige und aus dem polizeilichen Protokoll doch nähere thatsächliche Anhaltspunkte gewinnen für den Hergang des Unfalls, den Vorgang der Verletzung. Die genaue Zergliederung des Vorganges, des Zustandekommens einer Verletzung, z. B. der Höhe, aus welcher der Verletzte gefallen ist, des Maschinentheils, der ihn getroffen, der Last, welche er gehoben oder welche auf ihn gefallen, der Stellung, welche er dabei eingenommen hat u. s. w., — die Berücksichtigung aller dieser Nebenumstände ist oft sowohl für das Verständniss der Verletzung als auch für die Gewinnung und Motivirung des Urtheils über die Folgen der Verletzung, insbesondere über den ursächlichen Zusammenhang späterer Folgen mit der Verletzung von ganz ausserordentlichem Werthe. Ich erwähne nur die Leistenbrüche, die Lungenblutungen, die Schlaganfälle, die plötzlichen Todesfälle, um Ihnen zu zeigen, wie gerade die Würdigung des Zustandekommens einer Verletzung massgebend für die Beurtheilung eines Falles sein kann. Kein Arzt, der zu einem Gutachten über einen Unfallverletzten aufgefordert wird, sollte es daher versäumen, sich genau über den Hergang des Unfalles zu orientiren. Das kann er aber nur durch Einsicht der Akten, welche aus mancherlei Gründen seitens einiger Berufsgenossenschaften dem Arzte vorenthalten werden. Der begutachtende

Arzt muss daher stets die Forderung stellen, dass ihm Einsicht der Akten gewährt werde. Er muss nicht abhängig sein von den immer mehr oder minder parteiischen Angaben des Verletzten und der Berufsgenossenschaft, sondern er muss in der Lage sein, sich selbst Aufklärung über den wirklichen Thatbestand, über die Nebenumstände der Verletzung zu verschaffen. — Weiter finden wir in den Akten, entweder in den Eingaben der Verletzten oder in den Aeusserungen der Berufsgenossenschaften, oder insbesondere in etwaigen ärztlichen Berichten aus Krankenhäusern oder von den behandelnden Aerzten werthvolle Anhaltspunkte über den Verlauf der Verletzungen über etwa neu hinzugetretene Affektionen, über das Verhalten der Verletzten während der Behandlung, über ihre Bemühungen, wieder Arbeit zu finden und dergleichen.

Dieses Beweismaterial, welches uns der Akteninhalt bietet, wird nun ergänzt und vervollständigt durch dasjenige Beweismaterial, welches uns unsere eigene Untersuchung des Verletzten gewährt; dieses giebt uns naturgemäss die werthvollste Unterlage für unsere Schlussfolgerungen. Das Resultat unserer Untersuchung aber zerfällt wieder in zwei scharf von einander getrennte Theile, erstens in die subjektiven Beschwerden, die Klagen des Untersuchten, und zweitens in den objektiv nachweisbaren Befund, soweit er ohne Zuhülfenahme der Angaben des Untersuchten festgestellt werden kann.

In Bezug auf die objektiven Krankheitssymptome wird nun die Ausbeute aus unserer Untersuchung je nach dem Grade, wie wir die klinischen Untersuchungsmethoden beherrschen und je nach der Art des Leidens, welches im einzelnen Falle vorliegt, knapper oder reichlicher ausfallen.

Am zahlreichsten und wichtigsten sind die objektiven Symptome bei den chirurgischen Verletzungen; da können wir objektiv feststellen die materiellen Veränderungen in der Form, Gestalt, Konsistenz, Umfang und Beweglichkeit der verletzten Theile und haben darin einen unschätzbaren und unanfechtbaren Anhalt für die Beurtheilung der Funktionsstörung. Aber auch selbst hier bei den äusserlich sichtbaren und palpabelen Verletzungen findet sich eine Grenze, an welcher das objektiv Nachweisbare für den Untersuchten aufhört und die subjektive Schmerzempfindung des Untersuchten anfängt. Und da tritt die Frage an uns heran: Wie schliessen wir auf die Wirklichkeit dieser Schmerzempfindung, aus welchen Momenten können wir eine Schlussfolgerung herleiten auf das wirkliche Vorhandensein des geklagten Schmerzes, und welche Momente geben uns einen Anhalt, anzunehmen, dass die betr. Schmerzen nicht vorhanden sind? Das ist ja eigentlich die Frage der Simulation. Ich will aber diese Frage nicht eingehend behandeln, sondern nur mich darauf beschränken, dass ich sage, auch diese Frage muss durchaus vom Standpunk des gerichtlichen Mediziners erörtert und beurtheilt werden. Sobald die objektiven Zeichen aufhören und wir auf die Glaubwürdigkeit der Angaben des Verletzten angewiesen sind, in demselben Moment tritt unser individuelles Empfinden in Thätigkeit. Und hier gebe ich Ferd. Bähr vollkommen Recht, der einmal in einer seiner Schriften geäussert hat, dass die untersuchenden Aerzte sich in zwei Theile scheiden, die Einen, die von vornherein Jeden für einen Simulanten halten und die Anderen, welche die Angaben der Verletzten ohne Weiteres als wahr hinnehmen. Das Richtige liegt hier, wie meistens, in der Mitte. Es ist meines Erachtens durchaus falsch, von vornherein gegen Jeden den Verdacht der Simulation zu hegen. Vor Allem aber ist es grundfalsch, in einem Gutachten ohne nähere Motivirung die Behauptung aufzustellen, der Verletzte simulire. Jeder Sachverständige, der eine solche Behauptung aufstellt, ohne sie zu motiviren, überschreitet die Grenzen seiner Sachverständigen-Thätigkeit; er macht sich selbst zum Richter, wo er nur Sachverständiger sein soll. Jeder Arzt soll meiner Ansicht nach sich davor hüten, seinem individuellen Empfinden soweit nachzugeben, dass er das Wort Simulation oder Uebertreibung ausspricht, ohne es in plausibeler Weise motiviren zu können. Bevor er zu diesem Schluss kommt, muss er genauestens alle Gründe für und wider diese Ansicht abwägen. Woher nehmen wir nun unsere Gründe für und wider eine solche Entscheidung? Nun, aus unserer Kenntniss und Erfahrung bei anderweitigen ähnlichen Erkrankungsfällen. Wir sagen uns, bei so und so vielen ähnlichen oder gleichen Fällen haben wir solche Beschwerden, wie sie der Untersuchte klagt, nicht beobachtet, also — spricht die Wahrscheinlichkeit dagegen, dass die Beschwerden, die Schmerzen in diesem Falle so hochgradig sind, wie sie geklagt werden. Das ist unsere Schlussfolgerung, die Motivirung unseres Urtheils in den allermeisten Fällen. Wenn wir uns aber diese Motivirung genauer ansehen, so müssen wir uns doch sagen, dass wir damit wohl auf eine gewisse Wahrscheinlichkeit herauskommen, aber nicht auf eine Gewissheit. Denn die Normen des Krankheitsverlaufes regeln sich nicht nach mathematisch feststehenden Sätzen. Wir haben bei der Untersuchung eben auch ein Individuum vor uns, welches individuell verschieden ist von anderen. Aber immerhin haben wir doch in diesem Vergleich, in dieser Analogie ähnlicher oder gleicher Fälle unter Berücksichtigung der Individualität des Verletzten die werthvollste Grundlage für unsere Schlussfolgerungen. Wir müssen alle Momente, welche nach der oder jener Richtung hin unsere Schlussfolgerungen beeinflussen können, hervorsuchen. Wir müssen genau beobachten und unsere Beobachtungen verwerthen.

Für unsere Gutachten müssen uns die objektiven Symptome natürlich am werthvollsten sein. Die Zahl derselben ist, wie gesagt, bei den meisten chirurgischen Verletzungen, besonders denjenigen der Extremitäten, am grössten, da können wir die materiellen Veränderungen sehen, fühlen, — mit der anderen Körperseite vergleichen. — Geringer schon wird die Zahl der objektiven Symptome bei den traumatischen Verletzungen der inneren Körpertheile. Da müssen schon schwere Verletzungen stattgefunden haben, wenn wir materielle Veränderungen der inneren Organe nachweisen können, oder wenn sich funktionelle Störungen derselben kenntlich machen, sei es durch Beeinträchtigung der Ernährung oder der Urinsekretion. Beispielsweise sind bei zahlreichen Obduktionen verheilte Einrisse der Leber gefunden, die bei Lebzeiten nicht diagnostizirt worden sind. Die Literatur über traumatische Verletzungen der Bauchorgane ist noch eine sehr dürftige, während wir allerdings über traumatische Verletzungen der Lungen und des Herzens in jüngster Zeit werthvolle klinische Untersuchungen mit schätzbaren Resultaten zu verzeichnen haben.

Auch bei den Verletzungen der Sinnesorgane, insbesondere der Augen, haben wir in dem materiellen, sichtbaren Befunde vorzügliche Anhaltspunkte für die vorliegende Funktionsstörung. —

Am wenigsten zahlreich haben wir aber die objektiven Symptome bei allen neurologischen Fällen. Wie leicht hatten es die Neurologen vor der Unfall-Versicherungsgesetzgebung. Sie konnten jede Angabe ihrer Patienten über irgend welche Gefühlsstörungen ohne Weiteres als zutreffend hinnehmen. Das hat sich nun mit einem Schlage geändert, seitdem der forensische Beweis gefordert wird, dass die geklagten Beschwerden, die Schmerzen wirklich vorhanden oder simulirt oder übertrieben werden. Die Aufgabe war schwierig, aber

die Neurologen sind vor derselben nicht zurückgeschreckt; wir haben schöne Arbeiten über dieses Thema zu verzeichnen, von Hoffmann, Schultze, Oppenheim, Wichmann, Rumpf und vielen Anderen. Die Aufgabe, das Vorhandensein subjektiv empfundener Schmerzen in allen Fällen zu beweisen, — oder zu beweisen, dass diese Schmerzen nicht vorhanden sind, — diese Aufgabe ist noch nicht völlig gelöst. Aber wir können doch sagen, dass wir heute der Lösung dieser Aufgabe sehr viel näher gekommen sind. Doch muss noch weiter gearbeitet und beobachtet werden. Besonders wünschenswerth erscheint es mir, die Ergebnisse der Forschungen Anderer nachzukontrolliren. Da sind es besonders die vom Prof. Rumpf im Jahre 1890 in einem Vortrag im ärztlichen Verein zu Marburg publizirten Untersuchungen über objektive Symptome bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems:

1. Die traumatische Reaktion der Muskulatur, bestehend in einem Wogen der Muskulatur mit fibrillären und klonischen Zuckungen nach stärkeren Anstrengungen und nach dem Durchströmen eines kräftigen Induktionsstromes.
2. Das sog. Mannkopfsche Symptom, bestehend in einer Steigerung der Pulsfrequenz bei Druck auf die schmerzhafte Stelle.
3. Die quantitative Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der motorischen Nerven.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn durch zahlreiche Untersuchungen nach dieser Richtung hin, besonders in den Unfall-Krankenanstalten, diese Thatsachen bestätigt würden; aber ich habe in der neuesten Literatur diese Beobachtungen Rumpfs nur sehr selten erwähnt gefunden.

Bei dem Vergleich einer zur Begutachtung vorliegenden Unfallverletzung wäre es ausserordentlich wichtig, wenn wir uns auf eine einschlägige Statistik stützen könnten. Aber die bisherige Statistik aus der Zeit vor der Unfall-Versicherung ist für unsere Zwecke nur sehr wenig verwerthbar. Die Frage nach der von einer Verletzung zurückbleibenden Funktionsstörung, und die Frage des ursächlichen Zusammenhanges eines später auftretenden Krankheitszustandes mit vorangegangenen traumatischen Einflüssen, diese Fragen, um die es sich für uns ganz besonders handelt, sind in den früheren Statistiken fast gänzlich unberücksichtigt geblieben. Erst neuerdings sind einzelne Statistiken, so besonders die von Löwenthal und Ziegler über die traumatische Entstehung der Geschwülste, erschienen, welche für unsere Zwecke der Begutachtung zu verwerthen sind.

Für die Beantwortung der an uns seitens der Unfall-Versicherung gestellten Fragen kommen nun noch einzelne Momente ganz besonders in Betracht.

Für die Ursächlichkeit der Folgen einer Verletzung ist es von Wichtigkeit, zu ermessen und sich vor Augen zu führen, dass das Endresultat einer Unfallverletzung, der schliesslich zurückbleibende Schaden, nicht das Resultat einer einzigen Ursache etwa allein des Unfalles ist, sondern dass dieses Endergebniss das Resultat ist eines ganzen Ursachenkomplexes, als dessen Bestandtheile in Betracht kommen die individuelle Prädisposition des Verletzten, seine Konstitution, seine ihm innewohnenden Krankheitskeime, die äusseren ungünstigen Verhältnisse der Lebenslage des Verletzten, etwaige von aussen hinzutretende Krankheitsursachen, sein Geschlecht, sein Alter. Alle diese Verhältnisse verketten sich unter einander mit ihren günstigen oder ungünstigen Wirkungen um als mittelbare Ursachen das schliessliche Endergebniss des Unfalles herbeizuführen. Bekanntlich hat das Reichs-Versicherungsamt wiederholt betont, dass die Arbeiter für alle Folgen der Betriebsunfälle versichert sind, sowohl für die unmittelbaren als für die mittelbaren Folgen derselben. Und da auch die Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens der Herbeiführung eines ganz neuen Leidens gleichwerthig für die Versicherung ist, sofern die Unfallverletzung nur eine wesentlich mitwirkende Ursache darstellt, so ist auch das Verhältniss schon früher bestandener Leiden sehr zu berücksichtigen.

Für die Motivirung unseres Urtheils über Unfallverletzungen ist ferner die Zeitfolge von hervorragender Bedeutung. Der Schluss post hoc ergo propter hoc wird bekanntlich in schrankenlosester Weise seitens der Verletzten zu ihren Gunsten ausgebeutet. Und diese Schlussfolgerung hat für das Laien-Urtheil immer etwas Bestechendes. Es ist auch gar nicht zu bezweifeln, dass dieselbe in vielen Fällen zutrifft. Aber in allen Fällen gewiss nicht. In zweifelhaften Fällen ist es da eben Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen, mit seiner Kenntniss von den Vorgängen im menschlichen Körper die Fäden des Zusammenhanges zwischen Ursache und Wirkung aufzudecken. Je unmittelbarer zeitlich ein Krankheitszustand auf einem Betriebsunfall folgt, um so plausibler ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Beiden; je längere Zeit dazwischen liegt, desto unwahrscheinlicher ist derselbe. Beispielsweise wird man bei einer Erkrankung an Pneumonie unmittelbar, wenige Stunden nach einem heftigen Fall oder Stoss gegen die Brust, bei einem früher ganz gesunden Manne an einen Kausalnexus gar nicht zweifeln können, während ein Zwischenraum von mehreren Tagen oder länger ohne irgend welche Krankheitssymptome die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges sehr vermindert, wenn nicht aufhebt.

Ein fernerer Umstand, der für die Motivirung unseres Urtheils mit grossem Gewinn herangezogen werden kann, ist die Oertlichkeit der Verletzung. Wenn sich ein auch sonst spontan entstehendes Allgemeinleiden entwickelt mit zunehmenden Krankheitserscheinungen in dem verletzten Gliede, so wird dieser Umstand gewiss überzeugend dafür wirken, dass da ein ursächlicher Zusammenhang des Allgemeinleidens mit der Verletzung besteht. So ist es mit einer Paralysis agitans, die mit Zuckungen beginnt, welche zuerst in einem verletzten und mit Narben versehenen Arme sich zeigen, und so ist es mit einer Tabes, welche beginnt mit lanzinirenden Schmerzen und Lähmungserscheinungen in einer vorher verletzten Extremität, wie Klemperer in seinen Fällen von traumatischer Tabes berichtet hat.

Für die Abschätzung der nach Unfall-Verletzungen zurückbleibenden Schäden haben sich nun im Laufe der zehn Jahre, welche die Unfall-Versicherung in Wirksamkeit ist, gewisse Normen, gewisse allgemein übliche Schätzungen nach der Spruch-Uebung des Reichs-Versicherungsamtes herausgebildet, wie ich sie in meinem Lehrbuch angegeben habe. Dieselben können aber selbstverständlich nur bei den häufiger wiederkehrenden Verletzungen der Extremitäten zutreffend sein, wenn dieselben unkomplizirt sind. Bei allen inneren Verletzungen ist die Aufstellung irgendwelcher Skala völlig unmöglich. — Bei der Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit nach Unfall-Verletzungen ist es für die Motivirung unseres Urtheils dringend erforderlich, einerseits die Funktionsstörungen und die Leistungsfähigkeit des Verletzten genau zu zergliedern und andererseits in Betracht zu ziehen, welches das Arbeitsfeld des Verletzten ist, in welchem der Schwerpunkt seiner Erwerbsthätigkeit nach seinen persönlichen Kräften und Fähigkeiten liegt. Bekanntlich handelt es sich hierbei nicht um die professionelle Erwerbunfähigkeit, sondern um die allgemeine Erwerbsunfähigkeit auf dem ganzen Gebiete des Arbeitsmarktes, um die Einschränkung der Benutzung der dem Verletzten nach

seinen gesammten Kenntnissen und Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Arbeitsmarkt sich bietenden Arbeitsgelegenheiten. Zur besseren Zergliederung dieses Verhältnisses habe ich in meinem Lehrbuch gewisse Arbeiter-Kategorien von einander getrennt, und zwar die eine, welche diejenigen Arbeiter umfasst, die ihren Erwerb vorwiegend in der Verwendung roher Körperkraft findet, wie Holzhacker, Steinklopfer, Erdarbeiter und dergleichen; eine zweite, umfassend diejenigen Arbeiter, welche neben ihrer Körperkraft auch noch eine gewisse Behendigkeit des ganzen Körpers für ihre Arbeit nöthig haben, wie Maurer, Putzer, Bauhandwerker; eine dritte, welche diejenigen Arbeiter und Arbeiterinnen umfasst, die vorwiegend Handarbeit leisten in Fabriken; und endlich eine vierte Kategorie, bei welcher der Schwerpunkt der Arbeitsthätigkeit in der Geschicklichkeit der Hände liegt, verbunden mit Findigkeit und Schärfe des Geistes und der Sinne. — Wenn man in dieser Weise sich das Arbeitsfeld des Verletzten vor Augen führt und dazu auch noch das Alter und Geschlecht desselben berücksichtigt, und dann die Funktionsstörung und die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit dagegen hält, so wird man leicht zu einer motivirten Abschätzung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten gelangen.

Wenn wir in der angegebenen Weise die Bausteine sammeln aus dem genauen Vorgange des Unfalles mit allen seinen Nebenumständen, wie sie in der Unfallanzeige und im polizeilichen Protokoll zu finden sind, aus den früheren Angaben der Zeugen des Unfalles und des Verletzten, aus dem Verlauf der Verletzung, wie wir ihn erfahren aus früheren ärztlichen Gutachten, und ferner aus dem Ergebniss unserer eigenen Untersuchung, aus den subjektiven und objektiven Krankheitssymptomen, aus der Analogie ähnlicher Fälle, wie sie entweder in der Literatur bekannt geworden oder von uns selbst beobachtet worden sind, aus der Statistik, wenn solche vorhanden, aus der Würdigung aller unmittelbaren und mittelbaren Krankheitsursachen, aus der Zeitfolge, aus der Oertlichkeit der Verletzung, und endlich aus der Berücksichtigung des Arbeitsfeldes, in welchem der Schwerpunkt der Erwerbsfähigkeit des Verletzten liegt, — dann werden wir den Bau unseres motivirten und schlüssigen Urtheils mit Sicherheit und Festigkeit aufrichten können, dass er allen Angriffen der interessirten Parteien widersteht.

Myelitis auf traumatischer Basis.

Von
Dr. G. Buschan-Stettin
Nervenarzt.

Der nachstehende Unfall nebst seinen Folgen, den ich kürzlich in einem pommerschen Städtchen auf Veranlassung der Versicherungsgesellschaft X. in Y. zu begutachten hatte, ist meines Erachtens wegen der Komplizirtheit und Seltenheit des Krankheitsbildes werth, zur weiteren Kenntniss zu gelangen.

Der Tischlermeister Z. fiel am 19. März 1895 aus einer Höhe von circa acht Fuss auf einige am Boden stehende Särge, verlor sogleich auf — seiner Schätzung nach — eine Viertelstunde das Bewusstsein und schleppte sich dann unter Schmerzen in sein nahe gelegenes Haus. Der bald nachher hinzugerufene Arzt Dr. T. konstatirte starke Schwellung in der Gegend der linken ersten und zweiten Rippe, grosse Schmerzhaftigkeit der Rippen, des grossen Brustmuskels, der Beuger des linken Oberarmes, der rechten Flanke, des rechten Knies, ferner Bewegungslosigkeit des linken Armes, das Gefühl von Abgestorbensein in dieser Extremität, geringe Beweglichkeit des rechten Kniees, Empfindlichkeit der Rückenmuskulatur (aber keine Difformität der Wirbelsäule), sowie das Vorhandensein von einigen Esslöffeln geronnenen Blutes in einem Gefässe.

Die Behandlung bestand in anfänglicher Bettruhe, medikamentösen Einreibungen, Massage, Mineralfichtenbädern, später Moorbädern und Elektrizität. — Laut ärztlichem Bericht vom 29. Mai 1895 war der Zustand des Kranken zur Zeit noch ein recht ungünstiger. Seine Haltung war bereits die weiter unten noch zu beschreibende. Es bestand bereits heftiges Zittern und ziemliche Ataxie, sowie eine nicht bedeutende Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule in der Höhe der letzten Brust- und der Lendenwirbel. Die Beweglichkeit des Rumpfes war wegen heftiger Schmerzen nur in beschränktem Maasse möglich; die aktive Beweglichkeit des rechten Beines ebenfalls in sehr mässigem Grade möglich. — In einem späteren Berichte vom 13. Juni wird angegeben, dass die Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits gleichmässig sich hervorrufen lassen, dass auch die Sensibilität normal sei, aber dass die rechte Seite der Lendenwirbelsäule weniger empfindlich sei als die linke. Im Uebrigen scheint der Zustand sich damals wenig verändert zu haben. In jedem Berichte wird ausdrücklich betont, dass Blase und Mastdarm normal funktioniren.

Ueber den weiteren Verlauf konnte ich nichts Besonderes erfahren. Der Kranke selbst gab an, dass sein Zustand progressiv schlechter geworden wäre, d. h. dass die angeführten Erscheinungen an Intensität zunahmen bis wenige Wochen vor meiner Untersuchung, wo sich eine Besserung geltend zu machen begonnen hätte.

Ich untersuchte den Z. am 11. September 1895. — Ueber sein Vorleben eruirte ich, dass Z. aus (in jeder Richtung) ganz gesunder Familie stamme, bis zum Unfalle stets (mit Ausnahme von Pocken 1871) gesund gewesen sei und einen auffallend soliden Lebenswandel geführt habe, welch' letzterer von verschiedenen Seiten, auch von Vertrauensmännern der Versicherungsgesellschaft, bestätigt wurde. Im Besonderen stellt Z. Lues und Alkoholmissbrauch in Abrede; es lassen sich hierfür auch keine Anhaltspunkte gewinnen. Ich will hier sogleich vorausschicken, dass meiner Ueberzeugung nach Simulation in dem Verhalten des Z. ausgeschlossen ist.

Ich erhob folgenden objektiven Befund: Der 46jährige zwar blasse, aber genügend genährte Kranke macht beim Anfange der Untersuchung einen etwas schwermüthigen und stillen Eindruck, wird indessen bald redseliger und zeigt die meiste Zeit über ein freundliches, etwas kindisches Benehmen; er ist dabei sehr, oft unmotivirt, zum Lachen aufgelegt. Als jedoch nach anderthalbstündiger Untersuchung die Empfindlichkeit des Rückens geprüft wird, ändert sich urplötzlich seine bis dahin freundliche Stimmung. Er springt mit einem Male auf, schlägt wüthend um sich, droht einen Jeden, der ihn anfassen sollte, todtzuschlagen, schimpft mächtig, kurz, gebärdet sich wie ein Tobsüchtiger.*) Nach ca. fünf Minuten beruhigte er sich jedoch auf vieles Zureden und trägt bald wieder sein früheres gutmüthiges, kindisch-lächelndes Aussehen zur Schau.

Das Gedächtniss des Z. scheint stark gelitten zu haben. Er besinnt sich lange auf an ihn hinsichtlich seines Lebenslaufes gerichtete Fragen, und ist nicht im Stande, Rechenexempel mittels des grossen Einmaleins im Kopfe auszuführen. Kleinere Aufgaben mittels des kleinen Einmaleins löst er leicht.

Beim Abtasten des Kopfes fällt eine Empfindlichkeit der linken Hinterhauptgegend auf Druck auf. Bei stärkerem Druck giebt der Kranke an, auch Schmerzen in der Stirngegend zu verspüren. Er behauptet, jetzt keine Kopfschmerzen und kein Augenflimmern mehr, gelegentlich nur noch Schwindel zu verspüren. Früher habe er beobachtet, dass, wenn er einen

*) Der gleiche Vorfall ereignete sich bereits bei einer Untersuchung des Dr. S. am 12. Juli 1895. Auch Dr. S. fiel es auf, dass Z. überhaupt sehr leicht zu Exaltationen geneigt war.

Gegenstand stark fixirte, derselbe von oben nach unten sich bewegte. Doppelsehen bestehe nicht. Normale Funktion der Augenmuskeln; kein Nystagmus. Pupillen sind von mittlerer Weite und reagiren auf Lichteinfall, wenn auch nur in geringem Grade. Eigentliche Pupillenstarre besteht nicht. Soweit es sich ohne einschlägige Apparate feststellen lässt, scheint eine koncentrische Einengung des Gesichtsfeldes zu bestehen.

Die Gesichtsmuskulatur funktionirt normal. Schluckbeschwerden sollen nicht bestehen, auch nicht bestanden haben. Die Gaumenmuskulatur funktionirt intakt. Das Zäpfchen steht gerade. Der Pharyngealreflex ist vorhanden. Die etwas voluminös entwickelte Zunge wird gerade ausgestreckt und zittert stark.

Globusgefühl wird in Abrede gestellt.

An den Brustorganen ist nichts Abnormes nachzuweisen. Es soll keine Athemnoth, kein Husten und kein blutiger Auswurf mehr bestehen.

Das Herz zeigt normale Grenzen. Die Herztöne sind rein und regelmässig. Die Frequenz beträgt 100 Schläge in der Minute und steigt sogleich an, wenn man die schmerzhafteste Stelle der Wirbelsäule etwas stark drückt. Der Appetit soll zur Zeit gut sein; über Magenschmerzen, Sodbrennen, Neigung zur Uebelkeit oder Erbrechen wird nicht geklagt. Eine übermässige Empfindlichkeit der nicht aufgetriebenen Magengegend besteht nicht. Stuhlgang soll jetzt angeblich in Ordnung sein; jedoch macht der Kranke das Zugeständniss, dass er denselben durch reichliche Aufnahme von Pflaumenmuss und flüssige Nahrung nachhelfen müsse. Vordem sollen öfters Diarrhöen ohne nachweisbare Ursache bestanden haben.

Die Untersuchung des strohgelben hellen Urins, der ohne Beschwerden gelassen wird, zeigt keine Reaktion auf Eiweiss oder Zucker. Zur Zeit sollen weder Harndrang noch Harnverhaltung bestehen. Der Kranke giebt aber an, dass er im Anfang August circa 14 Tage lang starken Urindrang verspürt habe, der ihn alle zehn Minuten Wasser zu lassen gezwungen habe.

Der geschlechtlichen Fähigkeiten, die er bis zum Unfalle in normaler, nicht übertriebener Weise ausgeübt haben will, giebt Z. an seitdem verlustig gegangen zu sein. Er will seitdem nie mehr Erektionen, überhaupt kein sexuelles Verlangen gehabt haben.

Die Extremitätenmuskulatur zeigt ein normales Aussehen und eine anscheinend normale Entwickelung. Atrophien dürften nicht bestehen. Die ganze Körpermuskulatur ist in beständigem Zittern begriffen, vorwiegend die rechte Hälfte. Die Oberextremitäten werden davon in höherem Grade ergriffen als die Unterextremitäten. — Während der Dauer der ganzen Untersuchung von circa zwei Stunden lässt dieses Zittern, das zeitweilig mehr die Bezeichnung des Schlagens oder Wippens verdient, nicht nach. Bei stärkeren Bewegungen oder psychischer Erregung wird es stärker.

Lässt man den Kranken feinere Gegenstände, z. B. eine Nadel, vom Tisch aufheben, so stellt sich deutlicher Intentionstremor ein. Ein Glas Wasser ist er nicht im Stande, ohne zu vergiessen, zum Munde zu führen; er trinkt dasselbe in der Weise, dass er es auf dem Tische stehen lässt, und seinen Mund demselben nähert.

Bei aufrechtem Stehen, insbesondere ohne Stütze, fangen die Beine gleichfalls, und zwar zunächst das rechte, an zu zittern. Versucht man bei horizontaler Lage die Unterextremitäten zu bewegen, so zeigt sich am rechten Beine, dass die Abduktion, Adduktion und Flexion wohl möglich sind, ohne besonders starke Schmerzen zu verursachen, dass die Extension behindert und die forcirte Extension und Flexion sehr schmerzhaft sind. Hierbei verlegt der Kranke den Hauptsitz der Schmerzen in die rechte Darmbeingrube.

Für eine etwa vorhandene oder vorhanden gewesene Hüftgelenkentzündung oder einen Schenkelhalsbruch lassen sich keine Anhaltspunkte gewinnen.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur der beiden Unterextremitäten, die nur mittelst des konstanten Stromes ohne Zuhilfenahme eines Galvanometers und Rheostaten geprüft werden konnte, zeigt deutliche Umkehr der Zuckungsformel: bei der gleichen Anzahl Elemente ist die Anodenschliessungszuckung grösser als die Kathodenschliessungszuckung.

Beim Abtasten des Rückgrats beginnt sich ungefähr in der Mitte der Brustwirbelsäule eine Empfindlichkeit bemerkbar zu machen, die nach unten zu an Intensität zunimmt und in der Höhe der letzten Lendenwirbel sich zu äusserst heftigem Schmerz steigert. Als hier der der Untersuchung beiwohnende Dr. S. einen ziemlich starken Druck ausübte fuhr der Kranke, höchst unwillig, wie bereits oben geschildert, in die Höhe. Des Mannkopfschen Zeichens (Pulsbeschleunigung auf Druck der schmerzhaften Stellen des Rückens) wurde gleichfalls schon oben gedacht.

Eine Verkrümmung der Wirbelsäule liess sich nicht nachweisen. Die von Dr. S. bei seiner Untersuchung vom 12. Juli 1895 gefundenen Diastasen*) zwischen den Lendenwirbeln resp. diesen und dem Kreuzbein waren jetzt nach Angabe des Dr. S. bis auf einen schmalen Zwischenraum reduzirt. Ich selbst vermochte mich von einem Vorhandensein eines solchen nicht recht zu überzeugen; die gereizte Stimmung des Kranken ermöglichte keine eingehende Exploration an dieser exquisit schmerzhaften Stelle.

Die Haltung des Z. ist eine nach vorn übergebeugte. Er ist nur im Stande, auf einen derben Stock gestützt sich fortzubewegen; dabei nimmt er Skoliosenstellung mit der Konvexität nach links ein und schleppt beide Beine. Beim Gehen ohne Stock geräth er ins Schwanken und bewegt sich unsicher durchs Zimmer; bei Augenschluss oder bei schneller Wendung mit offnen Augen fällt er auf der Stelle wie eine formlose Masse in sich zusammen. Dasselbe passirt, wenn man den Kranken auf der Ritze der Stubendiele entlanggehen lässt.

Die Patellarreflexe lassen sich auf beiden Seiten in gleicher Stärke auslösen, scheinen jedoch abgeschwächt zu sein. Der Achillessehnenreflex ist nicht zu erzielen; das Fussphänomen ist auf beiden Seiten, besonders links, vorhanden. Der Cremasterenreflex ist ebenfalls vorhanden. Die Bauchdeckenreflexe sind nicht zu erzielen. Die Gefässreflexe der Haut erfolgen sehr deutlich und intensiv.

Die Sensibilität ist auf Stich und Druck vorhanden. Der Kranke empfindet den Nadelstich deutlich als Schmerz; er unterscheidet auch Nadelkuppe und Nadelspitze. Dagegen empfindet er auf dem Rücken und den Oberarmen zwei Nadelstiche nur in einer Entfernung von 12—15 Centimeter als solche.**) Die Empfindlichkeit gegen Temperatur ist in normaler Weise vorhanden.

Z. klagt über Missempfindungen (Eingeschlafensein) des ganzen rechten Fusses bis zur Hüfte hinauf, sowie darüber, dass die rechte Hand leichter einschlafe als die linke.

Der vorstehende Krankheitsbefund lässt meines Erachtens keinen Zweifel darüber aufkommen, dass eine organische Er-

*) Ein 2—2½ cm breiter Zwischenraum zwischen d. proc. spin. des letzten und vorletzten Vert. lumb. und ein etwas kleinerer zwischen diesem letzteren und dem Kreuzbein.

**) Eine eingehendere Untersuchung gestattete der gereizte Zustand des Patienten leider nicht.

krankung des Rückenmarkes vorliegt. Welcher Art dieselbe ist, lässt sich zur Zeit mit absoluter Sicherheit nicht feststellen. Eine Reihe von Erscheinungen sind in dem Krankheitsbild enthalten, die mir für eine subacute oder chronische Myelitis sprechen, nämlich die langsame, gradweise Entwickelung der Symptome, das stärkere Ergriffensein des motorischen Systems gegenüber dem sensiblen, die, wenn auch nur vorübergehend vorhanden gewesenen Urinbeschwerden und die Stuhlverhaltung, der Verlust der sexuellen Fähigkeiten, die fehlende oder nur in geringem Grade vorhandene Reizung der Nervenwurzeln und die trophischen Störungen (Entartungsreaktion).

Neben diesen Symptomen, die für eine einfache Entzündung der nervösen Elemente im Rückenmark sprechen würden, bestehen aber noch verschiedene Erscheinungen, die die Annahme von noch anderweitigen pathologischen Prozessen rechtfertigen. Die psychische Schwäche, das unmotivirte Lachen, das Schwindelgefühl, das langsame (zwar nicht skandirende) Sprechen und vor Allem der Intentionstremor weisen auf einen sklerotischen Prozess hin. Diese Diagnose würde indessen das gleichzeitige Vorhandensein einer Myelitis nicht ausschliessen; denn nach Gowers (Nervenkrankheiten II, 540) ist wiederholt beobachtet worden, dass eine disseminirende Sklerose sich im Anschluss an eine akute oder subakte Entzündung des Rückenmarkes (Myelitis etc.), die primär oder sekundär auf eine Erschütterung folgte, entwickelt hat.

Da ferner auch hochgradige Ataxie besteht, so muss man annehmen, dass der sklerotische Prozess bis zu einem gewissen Grade auch die Hinterstränge in Mitleidenschaft gezogen hat. Man könnte also auch an eine ataktische Paraplegie denken, eine Krankheitsform, die nach Gowers (ibid. I, 465) „Manche, weil der pathologische Prozess die Neigung hat, diffus zu werden, lieber als eine chronische Myelitis, denn als eine Systemerkrankung betrachtet sehen wollen.“

Es finden sich also offenbar in dem vorliegenden Krankheitsfalle verschiedene Krankheitsbilder resp. pathologische Prozesse mit einander vereinigt. Wir werden daher nicht fehlgehen, wenn wir die Diagnose auf eine diffuse Erkrankung des Rückenmarkes stellen, die sich sowohl durch einen primären Zerfall der Nervenelemente, als auch durch eine sicherlich im engen Zusammenhange damit stehende Wucherung des Zwischenbindegewebes charakterisirt.

Zwei Punkte habe ich bisher bei der Aufstellung der Diagnose ausser Acht gelassen: die lokale Empfindlichkeit der Wirbelsäule und die von Dr. S. aufgefundenen Zwischenräume zwischen den oben angeführten Wirbeln. Beide Momente legen den Verdacht auf eine Wirbelerkrankung (Rarefizirung des Wirbelkörpers) und eine daraus evtl. resultirende Kompression des Rückenmarkes nahe. Zu Gunsten dieser Annahme würde auch die enorme Schmerzhaftigkeit sprechen, die Z. bei gewissen Bewegungen des Oberschenkels (Zerrung des Ileo-Psoas und Zug auf die diesem als Ansatzpunkt dienenden Wirbel) zu haben angiebt. Auf Grund dieser Thatsachen will ich die Möglichkeit, dass eine Wirbelerkrankung vorliegt, nicht in Abrede stellen; ich glaube aber, dass man mit gutem Recht den Satz aufstellen kann, dass diese Wirbelerkrankung dann keine primäre ist, sondern erst sekundär im Anschluss an eine Myelitis entstand, zum Mindesten aber nicht die vielseitigen Symptome, die wir oben kennen lernten, hervorgerufen hat.

Meines Erachtens haben wir also mit einer disseminirten Myelitis traumatischen Ursprungs zu thun, zu der eine ebenfalls durch den Unfall bedingte evtl. von dem entzündeten Marke ausgegangene Wirbelerkrankung hinzugetreten ist; diese letztere mag durch Kompression einen Theil der jetzt vorhandenen Krankheitserscheinungen mitbedingen.

Neurasthenische Beschwerden fehlen in dem Krankheitsbilde ebenfalls nicht; diese dürften ebenfalls mit dem Unfalle in Zusammenhang stehen.

Die Prognose ist eine ungünstige, schliesst indessen nach den in den Lehrbüchern vertretenen Ansichten eine Besserung nicht aus. Daher habe ich den Z. für ganz invalide, und zwar vorläufig auf ein Jahr, erklärt, und nach Ablauf dieser Zeit eine neue Untersuchung vorgeschlagen, die hoffentlich mehr Klarheit in diesen gewiss interessanten Krankheitsfall bringen wird.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein deutscher Irrenärzte.

Jahressitzung am 13. und 14. September 1895 in Hamburg.

Nach den Vorgängen, welche auf dem Gebiet der Irrenpflege im Laufe der jüngeren Zeit die öffentliche Meinung bewegten, entsprach es wohl den Wünschen der Gesammtheit der deutschen Irrenärzte, die Frage der Reform des Irrenwesens erneut auf die Tagesordnung zu setzen. Alles auf dieses Thema Bezügliche war zwar in fachärztlichen Kreisen schon so ausgiebig erörtert worden, dass neue Gesichtspunkte nicht zu erwarten waren; indessen war es Pflicht und Recht der heutzutage so vielfach angefeindeten Berufsgruppe, vor der Oeffentlichkeit und gegenüber den Behörden zu betonen, dass gerade die Irrenärzte seit Jahren auf Missstände im Irrenwesen hingewiesen hätten und dass besonders die Nachtheile, auf welche erst durch den Mellage-Prozess die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt wurde, in der denkwürdigen Frankfurter Versammlung 1893 gekennzeichet und durch greifbare Besserungsvorschläge zu beseitigen versucht waren.

Der Referent Herr Med.-Rath Siemens (Lauenburg) brachte neue Belege dafür, dass in geistlich geleiteten Anstalten es sich nicht allein um Unzuverlässigkeiten einzelner Personen, sondern um eine unrichtige Auffassung des Krankheitsbegriffes und dementsprechende Mängel der Behandlung und Pflege handele. Er ging auch auf die Wärterfrage ein, welche zur näheren Erörterung auf die Tagesordnung der nächsten Jahressitzung kommen soll.

Der Korreferent Herr Geh. Rath Zinn (Eberswalde) betonte, wie verständnisslos selbst hochgebildete Kreise der ganzen Irrenfrage gegenüberständen. In der That muss es befremdlich erscheinen, dass heutzutage, wo das gesteigerte nationale Bewusstsein im öffentlichen Leben eine so grosse Rolle spielt, die Laien sich nicht fragen, wie es mit der Irrenpflege in anderen Kulturstaaten steht. Der australische Irrenarzt Tucker, welcher so ziemlich auf der ganzen Erde in vieljährigen Reisen die Irrenpflege systematisch aus eigener Anschauung kennen lernte, sagt, sicherlich nicht ohne die genaueste Abwägung der Thatsachen: Den ersten Platz in der Irrenfürsorge hat England, dann kommt sogleich Deutschland und dieses wird bald mit Grossbritannien auf gleicher Stufe stehen. Deshalb gilt es jetzt, die irregeleitete öffentliche Meinung darüber aufzuklären, wo die wirklichen Schäden in unserer Irrenfürsorge liegen. Referent macht in dieser Beziehung auf die Ueberfüllung der Anstalten, auf die nicht ausreichende psychiatrische Vorbildung der Medizinalbeamten, auf deren ungenügende Besoldung und zu wenig autoritative Stellung aufmerksam. Auch fordert er die Schaffung eines Irrenamts als besondere fachärztlich geleitete Abtheilung des zuständigen Ministeriums.

Die Versammlung wiederholte einstimmig ihre Billigung der Frankfurter Beschlüsse und nahm ausserdem eine Reihe Leitsätze an, welche sich hauptsächlich aus dem Referat des zweiten Redners ergaben.

In diesen Zusatzthesen wurde auch der Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher Erwähnung gethan.

Es hiess nämlich No. 5:

„Die Anwesenheit geisteskrank gewordener Verbrecher, namentlich in grösserer Zahl in einer Irrenanstalt, verletzt und schädigt die übrigen Kranken empfindlich, erschwert die „freie Behandlung“ und gefährdet, da die Irrenanstalt gegen Entweichung solcher Kranken die nöthige Sicherheit ohne Verzicht auf den Charakter als Krankenanstalt nicht bieten kann, die öffentliche Sicherheit in hohem Grade. Endliche Abhilfe ist hier dringendes Bedürfniss.“

In dieser vorsichtigen Fassung konnte die These einstimmig Annahme finden. Ueber die Wege, wie diesem Uebelstande abzuhelfen sei, gehen wohl die Meinungen noch weit auseinander. Die durch Geisteskrankheit strafvollzugsunfähig Gewordenen im Rahmen der Strafrechtspflege zu belassen, wie Manche wünschen, dürfte Vielen vom rechtlichen und menschlichen Standpunkte als Rückschritt erscheinen. Soll aber die These dazu dienen, den Organen der öffentlichen Fürsorge zu empfehlen, besondere Einrichtungen für sozialgefährliche Kranke zu schaffen, so wünschen wir ihr ausgedehnten Erfolg. Dann wird es sich bei der praktischer Verwendung festerer Anstalten oder stärker gesicherten Anstaltsabtheilungen bald ergeben, dass die besondere Gemeingefährlichkeit sich nicht immer mit dem verbrecherischen Vorleben deckt.

Ein weiteres für die praktische Sachverständigenthätigkeit wichtiges Thema bildete: Der Querulantenwahn in nosologischer und forensischer Beziehung. (Ref.: Herr Privatdoc. Dr. Köppen, Oberarzt der k. Charité.) Obgleich in der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion die Geister lebhaft aneinander geriethen (es sprachen Mendel, Bruns, Mittenzweig, Neisser, Siemerling, Thomsen, Meschede, Hitzig, Möli), dürfte die Versammlung doch mit folgenden Ausführungen des Vortragenden einverstanden gewesen sein.

Die Diagnose des Querulantenwahns kann sich niemals allein auf die Erscheinung des Querulirens stützen, wie die Laien missverständlich glauben, sondern auf das Vorhandensein anderer krankhafter Störungen. Diese krankhaften Störungen sind in den meisten Fällen paranoischer Natur, es handelt sich um Bildung von Wahnideen mit dem Charakter des Beeinträchtigtwerdens; in anderen Fällen fehlen eigentliche Wahnideen, das Pathologische ergebe sich aus der krankhaft gehobenen Stimmung, aus der Affekthöhe, unter deren Herrschaft der Querulirende vorgehe; drittens gäbe es auch Fälle, wo eine allgemeine Schwäche des Intellekts die Ursache der verkehrten und überstarken Wahrnehmung vermeintlicher Rechte sei.

Die Krankheit als solche sei besserungs- ja unter Umständen heilungsfähig. Nachlässe kämen am ehesten in der Anstaltsruhe vor. Dies sollte namentlich bei der Kritik, welche der spätere Gutachter an dem früheren übt, nicht ausser Acht gelassen werden.

Köppen und in noch schärferer Betonung Mendel sind der Meinung, dass der Ausdruck Querulantenwahn in foro möglichst zu vermeiden bezw. der klinische Begriff ganz auszumerzen sei, dagegen wendet sich namentlich Hitzig, welcher betont, seine „Querulirende Form der primären Paranoia“ sei ebenso genau abgegrenzt, wie andere klinische Formen von Seelenstörung, deren Benennung von einem Hauptsymptom, z. B. der Depression, herrühre, die Benennung würde dadurch nicht erschüttert, dass das gleiche Symptom in anderen Krankheitsbildern nebensächlich auftrete.

Ausserdem wurden noch drei rein wissenschaftliche Themata behandelt: Zunächst berichtete Cramer (Göttingen) über diagnostische und prognostische Bedeutung des Kniephänomens in der Psychiatrie. An der Hand einer umfangreichen Statistik weist er in seiner gedankenreichen Art darauf hin, dass es möglich ist, wie bei der Paralyse das Fehlen des Kniephänomens, bei funktionellen Seelenstörungen die Steigerung desselben diagnostisch und prognostisch zu verwerthen. Referent musste selbst zugeben, dass seine Annahmen nach mancher Richtung hin noch der Nachprüfung bedürfen, dass man also praktisch mit ihnen noch nicht rechnen könne.

Ferner spricht Siemerling (Tübingen) über die transitorischen Bewusstseins-Störungen der Epileptiker. Wir behalten uns vor, auf die Ausführungen des Vortragenden später genauer zurückzukommen. Praktisch wichtig dürfte vor Allem Folgendes sein, dass Vortragender wie auch schon andere Autoren aus jüngerer Zeit betonte, das Charakteristische der epilept. Psychose ist das traumhaft veränderte Bewusstsein, nicht die Amnesie. — Schliesslich demonstrirte Alsheimer (Frankfurt a. M.) Präparate von colloider Entartung des Gehirns.

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübek.

Abtheilung für Augenheilkunde.

Gesichtsfeldermüdung und Gesichtsfeldeinengung mit Berücksichtigung der Simulation.

Von Geh.-Rath Prof. H. Schmidt-Rimpler-(Göttingen).

(Autoreferat).

Nach den ersten Untersuchungen über Gesichtsfeldermündung hatte es den Anschein, als ob dieselbe nur — oder ganz überwiegend bei nervösen Individuen vorkäme, ja, sie wurde sogar als ein werthvolles Zeichen der traumatischen Neurose hingestellt. Bereits in einer früheren Arbeit hat der Vortragende darauf aufmerksam gemacht, dass sie auch bei gesunden Individuen konstatirt werden kann: eine Ansicht, welche durch die Untersuchungen von Peters und neuerdings durch eine in seiner Klinik gemachte Arbeit von Voges bestätigt worden ist. Letzterer erhielt unter 154 Personen, von denen nur vier nervöse Erscheinungen boten, 67 mal Ermüdungsgesichtsfelder; unter 46 Insassen der Göttinger Irrenheilanstalt nur 13 mal: hier machte die spezielle Krankheit keinen Unterschied, indem sich die Erscheinung bei Fällen von Paranoia, Dementia, Melancholie etc. theils fand, theils nicht fand. Aus verschiedenen Gründen erscheint die Annahme, dass es sich hier um eine Ermüdung der Netzhaut als Ursache handele, ausgeschlossen; es ist einzig und allein die Aufmerksamkeit, die in Betracht kommt und die auch veranlasst, dass bei Irren, die in der Untersuchung z. Th. eine interessante Abwechselung und Unterhaltung erblicken, verhältnissmässig seltener die Erscheinung auftritt. Durch eine energische Aufforderung, Acht zu geben, erreichte Voges stets die Erweiterung des eingeengten Gesichtsfeldes auf die ursprüngliche Grenze. Dass nervöse oder körperliche Schwächezustände (z. B. selbst als Folge einer durchkommersirten Nacht) hierbei von Bedeutnng sein können, ist verständlich und faktisch erwiesen. Aber dessenungeachtet wird doch für diese Affektionen das Ermüdungsgesichtsfeld nicht als ein objektives Symptom hingestellt werden können. Damit fällt auch seine Bedeutung als ein die Simulation ausschliessendes Merkzeichen. Anders verhält es sich mit der koncentrischen Gesichtsfeldeinengung, die ohne vorhergegangene Ermüdung — durch Hin- und Herfahren des Probeobjektes am Perimeter oder wiederholentliche Untersuchung veranlasst — wirklich besteht. Ohne sonstige pathologische Veränderung im Auge kann sie in sehr seltenen Fällen bei der sog. Trauma-Neurose vorkommen. Da sie aber oft simulirt wird, wie von den ophthalmologischen Autoren der letzten Zeit hinreichend festgestellt ist, so bedarf es mannigfacher vergleichender Messungen (so an verschiedenen Perimetern, mit Prismen-Verlegung, vor Allem

durch kampimetrische Aufnahmen in verschiedener Entfernung vom Fixationspunkte), um ihr reelles Vorhandensein zu konstatiren. Selbst bei Hysterischen lassen sich Widersprüche, welche gegen die bei der kamgimetrischen Untersuchung in verschiedenen Entfernungen nach physikalischen Gesetzen erforderlichen Grössenunterschiede des Gesichtsfeldes hervortreten, nicht in der üblichen psychologischen Weise durch „Neutralisation" oder Nichtanerkennung gewisser optischer Reize erklären: es handelt sich dann auch bei ihnen um lügenhafte Angaben. Nur wenn eine objektiv bestehende Gesichtsfeldeinengung nachgewiesen ist, kann auch von einem „objektiven" Symptom der traumatischen Neurose bezw. traumatischen Hysterie die Rede sein. Und hierauf dürfte in Zukunft besonderes Gewicht zu legen sein.

Abtheilung für Unfallheilkunde.

Ueber Calcaneusfrakturen, mit Demonstrationen.

Von Dr. Golebiewski-Berlin.

(Autoreferat.)

Als einleitende Bemerkungen bespricht der Vortragende zunächst die Anatomie des Fersenbeins und berichtet über seine am Fersenbein und Sprungbein gemachten Versuche über die Elastizität beider Knochen. Es hat sich ergeben, dass das Fersenbein besonders an seiner unteren Fläche sehr elastisch ist, so dass man dort beliebig mit dem Finger eindrücken kann, diese Druckstellen aber alsbald das Bestreben zeigen, sich zu ihrem ursprünglichen Niveau auszugleichen. Am Taluskörper kann man eine solche Elastizität nicht nachweisen, wohl aber besitzt sie der Talushals; durch Druck auf den Kopf des Talushalses bekommt man das Gefühl unter dem Finger, als wenn man auf einen Gummipuffer drücken würde. Beide Knochen sind im Stande, viel Wasser in sich aufzunehmen. An einer vergrösserten, nach der Natur, wenn auch mehr schematisch, angefertigten Zeichnung, erklärt der Vortragende die Struktur der Knochenbälkchen des Fersenbeins und ihre Zweckmässigkeit in der Anordnung, was man am besten bei vertikalen Längsschnitten sehen könne. Man sieht, wie im Fersenbeinkörper durch den Verlauf der Bälkchen zwei im Fersenhöcker besonders sich kreuzende Faserzüge deutlich hervortreten, so, dass man nach oben zu, also dort, wo das Sprungbein aufliegt, einen nach dorthin konvexen Bogen sieht, einen zweiten, dessen Konvexität die untere Fläche des Körpers berührt, jedoch so dass die konkaven Seiten im Körper sich gegenüberstehen.

An Vertikalschnitten, die der Vortragende durch Fersenbein, Sprung- und Würfelbein, ferner auch durch die Tuberositas des fünften Mittelfussknochens gemacht hat, fand er die Fortsetzung des Systems in der Anordnung der im Fersenbein vorhandenen Knochenbälkchen. So konstruirte er sich ein System von Bogen, nach Art der Bogenbrücken, und ergänzte diese ganze Konstruktion noch durch eine starke Fläche, nämlich die straffen Bänder und Muskeln, die von der Tuberositas calcanei bis nach vorn, zu den Mittelfussknochen, verlaufen. Dieses elastische Feder-System wäre eine Nothwendigkeit, wenn der Fuss den an ihn gestellten Anforderungen genügen solle, andererseits wäre es auch nur dadurch erklärlich, warum wir, trotz der in den letzten Jahren gemachten Entdeckung über die relative grosse und vor dem Unfallversicherungsgesetz nicht gewusste Häufigkeit der Calcaneusbrüche, nicht noch weit mehr, ja man könnte sagen, bei jedem Sprung auf die Füsse einen Fersenbeinbruch bekommen. Daran anknüpfend, dass die Struktur des Taluskörpers wesentlich dichter wäre als die des Calcaneus, was an Vertikalschnitten deutlich zu sehen sei — bei solch einem mit Wasser durchtränkten Schnitt durch den Calcaneus kann man auf Druck die Verschiebung der Knochenbälkchen nach allen Richtungen und die Verkleinerung der Höhle im Vordertheil des Körpers beliebig vornehmen —. kommt der Vortragende auf die bekannten vier Formen der Fersenbeinbrüche zu sprechen.

Die Brüche am Fersenhöcker, welche früher lediglich als Rissfrakturen aufgefasst wurden, werden an der Hand einer Abbildung in Lebensgrösse (nach Photographie angefertigt) erklärt.

Für die Quetschfrakturen des Fersenbeinkörpers, sowohl Pronations- als auch Supinationsfrakturen, legt der Vortragende eine ganze Reihe von pathologischen Präparaten vor, die er dann auch einzeln beschreibt. An den Pronationsfrakturen werden auch gleichzeitig die des sustentaculum tali besprochen, welche selten isolirt (beim Vortragenden in seinem Material zweimal in den letzten Monaten festgestellt), meist kombinirt bei den in Pronation eintretenden Quetschfrakturen vorkommen und zu einer knöchernen Verwachsung mit dem Sprungbein führen. Bei den Supinationsfrakturen liege die Tendenz der knöchernen Verwachsung nicht vor, obwohl sie da möglich wäre.

An den Präparaten der Supinationsfrakturen konnte man deutlich sehen, dass es sich um die Ueberschreitung der Elastizitätskoeffizienten gehandelt hat, weil die obere Decke des Calcaneus direkt in den Körper, unter Bildung einer Längsfurche an der äusseren Fläche, eingekeilt war. Da nun alle diese Quetschfrakturen fast ausschliesslich durch Sturz von der Höhe vorkommen, wäre eine gleichzeitige Betheiligung an dieser Fraktur beim Talushalse und an Malleolen fast Regel, besonders, wenn es sich um Aufschlagen des Fusses auf den Boden in Pro- oder Supination handelt.

Eine neue, bisher nicht beschriebene Form von Rissfrakturen, ausgeführt durch den Zug der unter der Sohle vom Fersenhöcker verlaufenden Muskeln im Verein mit den Bändern, glaubte der Vortragende in 2 Präparaten angedeutet gefunden zu haben. Er erklärt sich diese Einwirkung auf mechanischem Wege, durch mächtige Kontraktion des flexor digit. comm. brevis, wobei die Spannung der Wadenmuskeln mit der Achillessehne von der entgegengesetzten Seite eine schwächere sein müsse. Diese Form der Fraktur wird von denjenigen Anwesenden, die sich an der Diskussion betheiligten, bestritten. Vortragender behält sich jedoch vor, in Zuknnft weitere Beweise für diese seine Behauptungen zu erbringen.

Die letzte Form der Calcaneusfrakturen, die Rissfraktur des sogenannten proc. inframalleolaris, welche Bidder beschrieben und in den Lehrbüchern, wie z. B. in Hoffa's Lehrbuch der Luxationen und Frakturen, ohne Details und Kritik wiedergegeben ist, hält der Vortragende in dieser Beschreibung für ganz unmöglich. Erstens ist das ligam. calcaneo-fibulare ein rechtwinkliges, zweitens geht es überhaupt nicht zum processus inframalleolaris (richtiger trochlearis), folglich kann es auch bei einer forcirten Supination den Processus nicht abreissen. Aber auch dann, wenn dieses Ligament auch wirklich rechtwinklig zum processus hinginge, müsste der mechanische Endaffekt bei forcirter Supination nur der sein, dass das Ligament entweder oben am malleolus abrisse, was ohne Knochensplitterung nicht möglich ist, oder dass es an dem Scheitelpunkt des rechten Winkels sich lösen müsste. Sind nun aber die indirekten Frakturen dieses processus unmöglich, so kämen doch direkte Brüche durch Herauffallen von Gegenständen oder durch direktes Herauffallen mit dem Fuss an Steine und ähnliche in Frage kommende Gegenstände, am processus inframalleolaris, wo ein solcher am calcaneus vorhanden war, vor. Ueber einen solchen in seiner Beobachtung stehenden Fall werde Vortragender noch später berichten.

Auf eine weitere Symptomatologie, den Verlauf und eine nähere klinische Würdigung der Calcaneusfrakturen musste

der Vortragende wegen vorgerückter Zeit verzichten, er behält sich jedoch vor, dieses in einer besonderen Publikation noch nachzuholen.

Die Alkoholfrage in ihrer Beziehung zur neueren, sozialpolitischen Gesetzgebung, insbesondere zum Unfallversicherungsgesetz.

Von Dr. Golebiewski-Berlin.

(Autoreferat.)

Obwohl die Alkoholfrage schon seit jeher Gegenstand sehr lebhafter und eingehender Diskussionen und Studien ist, nicht nur bei uns Medizinern, sondern, wegen der verheerenden Wirkungen, welche der Alkohol in allen Volksschichten, besonders in der Arbeiterbevölkerung ausübt, auch bei Nationalökonomen, Juristen, Fabrikbesitzern und anderen Ständen, und obwohl der erst vor Kurzem in Basel geschlossene Kongress zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs wieder sehr viel Material in dieser Frage an die Oeffentlichkeit gefördert hat, unternimmt Redner es dennoch, auch hier in der Alkoholfrage das Wort zu ergreifen, weil wir Aerzte dieser Sektion, als Mitarbeiter an der neuesten Schöpfung der Sozialreform, diese Frage von ganz anderen Gesichtspunkten zu behandeln haben, als man es in den Vereinen und den Kongressen zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs gewohnt ist.

Redner geht nun zunächst auf die Bestandtheile des Alkohols, besonders beim Branntwein und Bier ein, bespricht zunächst die physiologischen Eigenschaften, sodann die pathologischen, wie sie sich als Gift, insbesondere als Nervengift allmählich zu erkennen geben. Auch die hereditären Verhältnisse werden beleuchtet und die Folgen, sowie die hiermit zusammenhängende Prädisposition zu Nervenkrankheiten erörtert. Unter Anderem wird auch die reichhaltige Symptomatologie der alkoholischen Polyneuritis besprochen, eine Form spezifischer Alkoholerkrankung, die sehr häufig vorkomme, aber nicht genügend bekannt oder gewürdigt werden.

Von den Gehirnnerven, welche sehr häufig durch mehr oder weniger ausgesprochene Lähmungen erkranken, erwähnt Redner besonders den n. facialis, dann auch den hypoglossus; ausserdem erkranke auch der sympathicus, und von den peripheren Nerven besonders häufig der n. radialis und der peroneus. Der Vortragende giebt nun eine Skizze von einem Unfallkranken, der, im mittleren Mannesalter stehend, ohne Nachtheil seinen Schnaps vertrug, der aber, nachdem er seinen Unfall erlitten, bei längerem Krankenlager und mangelhafter Ernährung — das Krankengeld musste für die ganze Familie und für den kranken Mann ausreichen — bei stetiger, wenn auch ganz geringer Steigerung der gewohnten Dosis, schliesslich an Alkoholismus erkrankte und nach einigen Monaten, mehr oder weniger, bereits deutliche Symptome darbot.

Eingehender wird nun die Frage erörtert, als was man den Alkoholismus aufzufassen habe, wo die Grenze zu ziehen sei zwischen Laster und Krankheit. Zweifellos wäre der Alkoholismus eine Krankheit, aber erst dann, wenn sich bestimmte Symptome, namentlich objektiver Art, bemerkbar machten, es wäre auch eine Intoxicationskrankheit, aber immer doch eine solche, die sich das Individuum allmählich, im vollen Selbstbewusstsein der Schuld, ganz systematisch zuziehe. Natürlich könne man dies nicht von allen Individuen behaupten, man wird hereditär belastete und andere, zu dieser Erkrankungsform leicht prädisponirende Personen ausnehmen müssen, allein, in einer grossen Anzahl von Fällen, wie sie Vortragender bei sich täglich zu sehen die Gelegenheit hat, kann man doch nicht sagen, dass diese Individuen ganz unschuldig vom Alkoholismus befallen werden, wie etwa von einer Pneumonie.

Das Unfallversicherungsgesetz hat von dem Alkoholismus keine Erwähnung gethan.

Die gesetzlichen Bestimmungen des Alters- und Invaliditätsgesetzes, vgl. hierzu § 17, Abs. 3, § 13, Abs. 2 und im Gegensatz hierzu § 11, sind wohl ein Schritt zum Besseren, aber sie sind unzulänglich.

Von Belang in der Unfallversicherung wäre der § 5, demzufolge der Anspruch auf Rente hinfällig wird, wenn der Unfall vorsätzlich herbeigeführt ist.

Wohl kann man nicht sagen, dass ein Arbeiter sich mit der Absicht betrinkt, um einen Unfall vorsätzlich herbeizuführen, aber man kann sagen, dass er sich dessen bewusst ist, wenn er während der Arbeit zu viel trinkt, wie es hier z. B. in Berlin Sitte ist, und dass er sich daher bewusst der Gefahr, zu verunglücken, leichfertig aussetzt. Auch bei solchen Personen, namentlich denjenigen, welche sich während der Arbeit betrinken, und dann verunglücken, die Schuldfrage zu verneinen, wäre doch zu weit in den Humanitätsbestrebungen gegangen. Hier liege noch eine Lücke im Gesetz, die auszufüllen sehr nothwendig sei, nothwendig, wegen der Gefahren, welche der Alkoholismus mit sich bringt; man denke doch an die Unfälle, welche direkt vom Alkoholismus (Trunkenheit), als auch indirekt bei denjenigen Personen entstehen, die in Folge von chronischem Alkoholismus krank sind, eine Unsicherheit in ihren Bewegungen verrathen etc., man denke ferner daran, dass mit der Zunahme der dauernd Invaliden auch die Anzahl der Alkoholisten wächst, welche ihre Rente oft mehr wegen des Alkoholismus als wegen des Unfalles beziehen. Wenn man in allen Fällen, wo im Zusammenhange mit Alkoholismus ein Unfall entstanden ist, die Schuldfrage verneinen wollte, dann würde man der Demoralisation innerhalb der Arbeiterbevölkerung nur Vorschub leisten und den Zweck der neueren Gesetzgebung vereiteln. Redner schlägt daher folgenden Paragraph für das U.-V.-G. vor:

Zu § 5:

„Bei durch Trunkenheit entstandenen Betriebsunfällen kommt der Anspruch auf Rente in Wegfall. Trunkenheit ist als Vorsatz im Sinne des Gesetzes zu erachten."

Natürlich bedürfte es hierzu noch eines guten Beweises von Seiten sachkundiger Aerzte.

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die Behandlung an Alkoholismus leidender Unfallkranker und ihre Beurtheilung schliesst der Vortrag.

Referate.

Anatomische Befunde bei mechanischer Fruchtabtreibung.

Aus dem Institut für gerichtl. Medizin zu Wien.

Von Dr. Albin Haberda.

Assistenten am Institute und k. k. Landesgerichtsarzte.

(Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin 1895.)

Verfasser erwähnt zunächst die Häufigkeit der kriminellen Aborte, die hauptsächlich von Laien und Hebeammen, jedoch auch von Aerzten durch mechanische Eingriffe sowohl, als auch innere Mittel eingeleitet werden. Gewöhnlich kommen nur die Fälle zur gerichtlichen Kenntniss, wo durch den mechanischen Eingriff Infektion mit ihren Folgen stattgefunden hat. Selbstverständlich kann in vielen Fällen der Obduktions-Befund allein nicht mit Sicherheit das Vorliegen eines kriminellen Abortes erkennen lassen, besonders wenn das Geständniss der betheiligten Personen ausbleibt. Bei der Abtreibung wird fast immer der Eihautstich oder die intrauterine Injektion angewandt und zwar von Laien oft mit den merkwürdigsten Instrumenten (ordinären Draht, Regenschirmspangen, Stäbchen, Häkel- und Schlingnadeln). Dass hierbei oft kleinere, aber

auch gröbere Verletzungen vorkommen, besonders wenn, wie gewöhnlich, der ganze Eingriff rasch und in ungünstiger Position der Schwangeren geschieht, ist klar. Form und Sitz dieser Verletzungen ist meistens charakteristisch: Verletzungen am Cervix sind häufig rinnenförmig, am Corpus Uteri mehr grübig oder es sind penitrirende Löcher. Auch schmale und oft sehr lange Kanäle werden häufiger gefunden. Verfasser geht sodann auf die Demonstration von anatomischen Präparaten über.

1. Fall: der überorangengrosse Uterus, dessen Peritoneum eitrigfaserige Exsudat-Massen aufweist, zeigt in der Höhe des inneren Muttermundes 3 über 1 cm lange, rinnenförmige, sagittale Trennungen, deren eine fast die ganze Muscularis durchdringt, mit unregelmässigen trichterförmig abfallenden Rändern und mit missfarbigem Exsudat bedeckt. Im Douglas eine hühnereigrosse Eiterhöhle. Todesursache: eitrige Peritonitis. Hier hatte eine Hebeamme mit grosser Wahrscheinlichkeit den Eingriff gemacht.

2. Fall ist ganz analog. Hier hatte ein Arzt den Abort eingeleitet.

Auch der 3. Fall zeigt ähnliche Verletzungen: mehrere Eiweisse an der Cervix, die bis über den inneren Muttermund heraufreichen. Der Exitus erfolgte durch Peritonitis, herrührend vom Durchbruche eines parametrischen Abscesses. Der Abort ist von einer Hebeamme ins Werk gesetzt.

Im 4. Falle, einem von einer Schustersfrau an der Schwangeren eingeleiteten Abort, hatte erstere mit einer Klystier-Spritze Einspritzungen von warmem Wasser gemacht und mit der Spitze des Ansatzstückes zwei ca. 2 cm lange, rinnenförmige Cervix-Risse gemacht, die aussehen, wie die oben beschriebenen. Tod durch eiterige Peritonitis.

Das 5. Präparat zeigt im Fundus zwei fast thalergrosse Oeffnungen, rundlich von fetzigem, morschem Uterus-Gewebe begrenzt, und breit mit der Bauchhöhle kommunizirend. Peritonitis. Art des Eingriffes und Instrument waren nicht zu ermitteln.

Der 6. Fall zeigt ein für zwei Finger durchgängiges Loch im Fundus, das mit der Bauchhöhle kommunizirt. Ferner nahe am inneren Muttermund eine oberflächliche Auseinanderweichung der Plicae palmatae. Häufige Peritonitis. Der Eingriff geschah wahrscheinlich durch eine Hebeamme.

Der 7. Fall weist, ausser einem für einen Finger durchgängigen, in das Cavum Uteri führenden Loch im hinteren Scheidengewölbe ein rundes, $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltendes Loch auf, das mit dem Douglas'schen Raum in Verbindung steht. Jauchige Peritonitis. Hier hatte die Hebeamme mit dem spitzen Ansatzstücke einer mit einer weisslichen Flüssigkeit gefüllten Spritze den Uterus durchbohrt. Das Loch in der Vagina ist wahrscheinlich durch Perforation von im Douglas angesammelten Eiter entstanden.

Beim 8. Fall liegt die Verletzung unterhalb des Fundus an der hinteren Wand des Uterus und besteht aus einem kurzen trichterförmigen Kanal, dessen Spitze nach aussen liegt und dort auf der peritonealen Seite in drei Strahlen von $1^1/_2$—2 cm Länge ausläuft. Die Wandungen des Kanals mit fetzig-schmutzigen Massen bedeckt. Sektion ergiebt die Befunde der Pyaemie. Entstehungsweise der Verletzung und schuldiger Theil waren nicht zu ermitteln.

Auch beim 9. Falle war über den Eingriff nichts zu ermitteln, besonders da Patientin im Krankenhause selbst die Gravidität leugnete. Es fand sich bei der Sektion ausser einem grossen Corpus luteam und eiteriger Peritonitis in der rechten Tubar-Ecke eine fast bis zum Peritoneal-Ueberzug reichende, bohnengrosse, fetzige, mit Exsudat belegte Vertiefung.

Verletzungen an der Scheide sind seltener als Uterus-Verletzungen. Verfasser bespricht zwei Präparate:

Im Falle 10 befindet sich am Fornix Vaginae rechts seitlich ein nur 3 mm langer, 1 mm breiter Kanal, der wahrscheinlich mit einem dünnen, sondenartigen Instrument beim Eihautstich gemacht wurde. Peritonitis. Die Schuldige ist wahrscheinlich eine Hebeamme.

Der Fall 11 zeigt, dass die Portio vaginalis vom Ansatz der hinteren Scheidenwand fast völlig abgelöst ist. Von der Trennungstelle aus führt im Muskelgewebe des Uterus ein fast fingerdicker Kanal, dessen Wände höckerig und missfarbig sind, bis zur Höhe des inneren Muttermundes, woselbst er in die Uterus-Höhle mündet. Tod an Pyaemie. Die Verletzung scheint durch einen Laien, vielleicht durch die Verstorbene selbst, mit einem plumpen Werkzeuge gemacht zu sein.

Dass in vielen Fällen die Diagnose auf kriminellen Abort nicht leicht zu stellen ist, beweist der Umstand, dass die Uterus-Substanz durch die septische Entzündung auch an Verletzungsstellen derartige Veränderungen erleidet, dass das Bild der Verletzung verwischt wird. Finden sich ja bei jauchiger Endometritis und Metritis, die ohne künstlichen Eingriff entstanden sind, der Perforation nahe Stellen in der Uterus-Wand. Verfasser führt einen einschlägigen Fall an, der unaufgeklärt geblieben ist. Spontane Rupturen des Uterus in frühen Schwangerschaftsmonaten kommen nicht vor. Rupturen des Uterus bei Graviditas tubouterina können auch kaum verkannt werden. Verletzungen an Scheide oder Cervix mit späterer Infektion können bei operativen Eingriffen vorkommen und das Bild von Verletzungen bei Fruchtabtreibungen vertäuschen, so z. B. Verletzungen an der Portio mittelst der Kugelzange. Selbst geplatzte Ovula Nabothi können den Unerfahrenen täuschen. Nähere Untersuchungen werden aber wohl vor Irrthümern bewahren. Auch feine Recessus, wie sie in manchen Fällen in der Scheide vorkommen, können im ersten Augenblick zu Täuschungen Anlass geben. Die Plattwandigkeit und Schleimhautbedeckung dieser Kanäle lassen aber einen Irrthum leicht ausschliessen, wie es in einem einschlägigen vom Verfasser erwähnten Falle geschah. Verfasser erwähnt noch einen Fall, in dem ein Instrument behufs Einleitung vom Abort irrthümlicherweise statt in die Vagina in die Urethra eingeführt wurde und die Blasenwand perforirte, sodass sie mit dem Petitoneum in Verbindung stand. Es erfolgte infolge von — tötlich verlaufender — Peritonitis auch schliesslich Abort. In einem anderen Falle drang eine zu vaginalen Ausspülungen verwandte Sublimat-Lösung bei Gelegenheit einer solchen durch die Cervix zwischen Uterus-Wand und Eihäute und verursachte dadurch Abort. Ausser einer leichten Quecksilber-Intoxikation war dies Ereigniss ohne weitere Folgen geblieben. Sehr interessant ist schliesslich ein Fall, wo ein junges Mädchen sich mit einem langen, dünnen, spitzen Instrumente vom Mastdarm aus die Wand dieses, beide Vaginal-Wände, an zwei Stellen die Blase und an im Ganzen elf Stellen Darmwände perforirt hatte. Eine Gravidität lag nicht vor. Vielleicht ist trotzdem an einen Fruchtabtreibungs-Versuch (das Mädchen war deflorirt) zu denken aus Furcht vor Schwangerschaft. Auch an Masturbation, Selbstmordversuch oder schliesslich Scherz glaubt der Verfasser denken zu müssen. S. C.

Zur Unfallkasuistik.

Magenkatarrh — Leuchtgasvergiftung?

Von Dr. J. Köhler-Berlin.

(Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. 1895.)

Ein vom Verfasser an Magendarmkatarrh behandelter Mann gab an, durch vierzehntägiges Ausströmen von Leuchtgas in dem von ihm benutzten Raum (Arbeitsraum? Ref.) sein Leiden

acquirirt zu haben. Zu einem Gutachten über die Möglichkeit dieses Zusammenhanges aufgefordert, kam Verfasser im Gegensatz zu dem Vertrauensarzte der Berufsgenossenschaft zu dem Schluss, dass dieser Zusammenhang nicht unwahrscheinlich sei, nachdem die objektiven Krankheitssymptome gut in den Rahmen einer chronischen Kohlenoxydvergiftung passen, und die subjektiven Beschwerden anlangend, nicht gut angenommen werden könne, dass bei der Seltenheit dieser Vergiftung Patient sich ein zur Simulation genügendes Wissen von dem Bilde derselben verschafft haben sollte. T.

Doppelseitiges Hämatom des Lobulus.

Von B. Alexander Randall-Philadelphia.

(Zeitschr. f. Ohrenhlk. Bd. 27, Hft. 1.)

Besonders interessant ist die Entstehung dieses Hämatomes: Es handelte sich um ein sechzehnjähriges Mädchen, welches an epileptischen Anfällen litt. Bei Gelegenheit eines solchen Anfalles wurde, um sie wieder zum Bewusstsein zu bringen, ein heftiger Zug an den Ohrläppchen oder den in ihnen steckenden Ohrringen ausgeübt, und darauf hatten sich in wenigen Stunden schmerzlos die Geschwülste entwickelt. Ihr Charakter als Hämatom zeigte sich nach der Inzision. Sollte diese Methode, Epileptische zu wecken, mehr in Mode kommen, so wird sie gewiss auch bald den ärztlichen Sachverständigen beschäftigen. Deshalb ist es angebracht, die Aufmerksamkeit auf diese bisher nicht beschriebene Abart des Othämatomes zu lenken. T.

Die Bestimmungen der Reichs-Gewerbeordnung über die Ausübung der Heilkunde.

Von Dr. Joh. Grosse.

(Leipzig 1895, Max Edelmann.)

Das Heftchen enthält ausser den Bestimmungen der Reichs-Gewerbeordnung über die Ausübung der Heilkunde noch die Bekanntmachungen des Bundesrathes, betreffend die ärztlichen Prüfungen, die Beschlüsse des Deutschen Aerztevereinsbundes über die ärztliche Prüfungsordnung und die bekannte Reichsgerichts-Entscheidung in Sachen des Hamburger Chirurgen, welcher gegen den Willen des Vaters an einem Kinde eine nothwendige Operation vorgenommen hatte und wegen Körperverletzung angeklagt worden war. In den Gründen dieser Entscheidung ist sehr erbaulich zu lesen, wie wir Aerzte innerhalb des heute geltenden öffentlichen Rechts Deutschlands gestellt sind, nach welchem jeder, der sich selbst dazu berufen fühlt, ohne Rücksicht auf Kenntnisse, Vorbildung, Erfahrung, Geschick etc. den „Beruf" der Heilkunde treiben darf. Nachdem wir einmal in die Gewerbeordnung hineingekommen sind, ist es immerhin nützlich, die auf uns bezüglichen Bestimmungen derselben zu kennen. T.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Hitzschlag eines Ziegelarbeiters als Betriebsunfall.

Die Ziegelei-Berufsgenossenschaft hatte den Anspruch der Wittwe des in Folge Hitzschlags verstorbenen Ziegelarbeiters W. aus H. auf Unfallrente zurückgewiesen, weil sie nicht zugeben zu können meinte, dass nach der Sachlage dieser Hitzschlag als ein Unfall bei dem Betriebe angesehen werde. Insbesondere sei der Verstorbene durch den Betrieb der Einwirkung der Sonnenhitze keineswegs in erhöhtem Grade ausgesetzt gewesen, wie denn auch seine Mitarbeiter die gleiche Arbeit gleichzeitig ohne Gesundheitsschädigung verrichtet hätten. Auch komme in Betracht, dass der Tod erst längere Zeit nach dem Eintritt des Unwohlseins und nach einer eingetretenen Besserung des Zustandes erfolgt sei. Das Schiedsgericht zu Lübeck, sowie das Reichs-Versicherungsamt haben jedoch die Ziegelei-Berufsgenossenschaft verurtheilt, der Wittwe die gesetzliche Unfallrente zu zahlen.

Nach den Entscheidungsgründen ist die Hitzschlaggefahr an sich eine Gefahr des gewöhnlichen Lebens, kann aber, wie das Reichs-Versicherungsamt mehrfach anerkannt hat, zur Betriebsgefahr dadurch werden, dass die besondere Art des Betriebes oder die Beschaffenheit der Betriebsstätte den Arbeiter in erhöhter Weise und unter ungünstigen Umständen den Einwirkungen der Sonnenhitze aussetzen. Ebenso lehrt die Erfahrung, dass die zum Eintritt eines Hitzschlages führenden Umstände in einen verhältnissmässig kurzen Zeitraum zusammengedrängt zu sein pflegen, so dass es an dem Erforderniss der Plötzlichkeit der schädigenden Einwirkung in Fällen von Hitzschlag nicht fehlt. Im vorliegenden Fall hat nun die Einsicht der in Nr. 153 des Reichsanzeigers vom 2. Juli 1894 enthaltenen amtlichen Witterungsübersicht ergeben, dass bereits um 8 Uhr Morgens in dem in Betracht kommenden Gebiet hohe Temperatur und fast völlige Windstille geherrscht haben, da Hamburg, Swinemünde und Berlin für die gedachte Zeit plus 22 Grad Celsius und — abgesehen von Swinemünde, wo Süd-Süd-Westwind in Stärke 1 (leiser Zug) beobachtet ist — völlige Windstille beobachtet haben. Erscheint schon hierdurch die Aussage des Unfallszeugen, dass am Nachmittage des 2. Juli 1894 glühende Hitze geherrscht habe, bestätigt, so liegt es ferner auf der Hand, dass beim Steinkarren auf der Ziegelei für W. die Einwirkung der Sonnenhitze noch durch die sehr erhebliche körperliche Anstrengung und die von S. bekundete Thatsache vermehrt wurde, dass das Steinkarren grösstentheils im Sonnenschein zu bewirken war. Im Uebrigen hat W. zuerst um dreidreiviertel Uhr Nachmittags die plötzlich eintretenden Erscheinungen des Hitzschlages aufgewiesen, während er bereits kurz nach sieben Uhr Abends desselben Tages verstorben ist. Von einer irgendwie nachhaltigen Besserung im Zustande des W. kann hiernach nicht gesprochen werden. Das Reichs-Versicherungsamt hat unter diesen Umständen kein Bedenken getragen, dem Schiedsgericht darin beizupflichten, dass W. in Folge eines am 2. Juli 1894 beim versicherungspflichtigen Ziegeleibetriebe erlittenen Unfalls den Tod erlitten hat.

(Rek.-Entsch. v. 17. Juni 1895.)

Aus dem Reichsgericht.

Folgen einer Verletzung aus Unkenntniss des Verletzten.

Der Anspruch auf Schadenersatz wegen der schädlichen Folgen einer zugefügten Körperverletzung wird, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, VI. Civilsenats, vom 8. Juli 1895, dadurch nicht beseitigt, dass der Verletzte, welcher medizinische Kenntnisse nicht besitzt, aus Unkenntniss sich einer rechtzeitigen, geeigneten ärztlichen Behandlung nicht unterzogen hat. — Der Häusler G. hatte den Musikus Gr. mit einem Schnapsglase vorsätzlich auf die Stirn und in das linke Auge geschlagen, so dass das Sehvermögen auf diesem Auge verloren ging. Später wurde das rechte Auge in Mitleidenschaft gezogen, und Gr. büsste auch das Sehvermögen auf diesem Auge ein. Wie festgestellt, ist dies ebenfalls eine Folge der Verletzung des linken Auges. Die vollständige Erblindung des Gr. hätte verhütet werden können, wenn derselbe sich drei bis vier Monate nach der Verletzung, oder sobald er eine Störung des Sehvermögens und eine grössere Empfindlichkeit auf dem rechten Auge bemerkte, einer sachgemässen Behandlung und dauernden Beaufsichtigung in einer Augenklinik oder entsprechenden Krankenanstalt unterzogen hätte, so dass die ersten Anzeichen der sympathischen Augenentzündung hätten

beobachtet werden können. Gr. klagte gegen G. auf Schadenersatz wegen der durch vollständige Erblindung eingetretenen Verminderung seiner Erwerbsfähigkeit. Dieser Anspruch wurde in beiden Instanzen für begründet erachtet und die Revision des Beklagten wurde vom Reichsgericht zurückgewiesen, indem es begründend ausführte: „Dadurch, dass das Berufsgericht hervorhebt, dass der Kläger medizinische Kenntnisse nicht besitzt, ist ausgesprochen, dass an denselben weitgehende Anforderungen in Bezug auf sein Verhalten bei der Verletzung seines Auges nicht gestellt werden konnten, als an einen gewöhnlichen Menschen. Dass der Kläger auch solchen Anforderungen nicht entsprochen habe, war in der Berufungsinstanz nicht geltend gemacht und bedurfte daher keiner besonderen Erörterung."

Tagesgeschichte.

Berechnung des Schadens einer Typhusepidemie.

Im „Brit. med. Journal" berechnet Dr. Campbell-Munro den Geldwerth des Schadens, den eine Typhusepidemie in einem Bezirke Englands 1893 anrichtete. Es handelte sich um 859 Erkrankungen mit 74 Todesfällen. Munro stellt den Durchschnittsverdienst der Erkrankten nach verloren gegangenen Arbeitsstunden mit den Kosten für Behandlung im Hause und im Krankenhause, sowie für die Beerdigungen zusammen und setzt für jeden Verstorbenen den Minimalwerth ein, der statistisch für jeden Bewohner Englands berechnet worden ist. Die Epidemie kostet danach 21 496 Pfund, d. i. rund 430 000 Mark. Wenn auch dergleichen Berechnungen nicht neu sind, so kann ihre Wiederholung nur empfohlen werden, um engherzigen Anschauungen, als seien hygienische Forderungen Luxusbedürfnisse, entgegen zu treten.

Preisaufgabe.

Die Vereinigung französischer Industrieller erlässt ein Preisausschreiben betreffs einer geeigneten Abortanlage für Fabriken und Werkstätten. Der Preis beträgt wie bei den früheren Wettbewerben, welche eine Arbeitsbrille und einen Respirator betrafen, 1000 Francs. Die Muster müssen bis zum 31. Dezember 1895 an den Vorsitzenden der Vereinigung in Paris, rue de Lutèce Nr. 3, eingereicht sein.

Eine Intoxication durch Kola-Chocolade

berichtet Dr. F. Schmey, prakt. Arzt in Beuthen (O.-S.) in der „Allg. Med. Ctr. Ztg.":

„Bekanntlich enthalten die Kolanüsse das stark wirkende Alkaloid Coffeïn, das auch in der Kaffeebohne, den Theeblättern und der Pasta Guarana vorkommt und wegen seiner Wirkung namentlich auf die Nieren und das Centralnervensystem eine immer steigende arzneiliche Verwendung findet. Um so wunderbarer ist es, dass Präparate der Kolanüsse, z. B. Kola-Liqueur und Kola-Chocolade, sich im freien Verkehr befinden und nicht etwa blos in Apotheken und Drogerien, sondern auch in Konditoreien resp. Destillationen ohne Weiteres erhältlich sind. Zur Illustration der Gefahren, die sich aus diesem Umstande ergeben, gestatte ich mir, folgenden Fall von Intoxication durch Kola-Chocolade mitzutheilen:

Vor einiger Zeit wurde ich zu einer bis dahin vollkommen gesunden Dame meiner Clientel gerufen, die plötzlich erkrankt sein sollte. Ueber die Entstehung ihrer Erkrankung machte die Patientin folgende Angaben: Nachmittags habe sie in einer Konditorei für 20 Pfennige Kinder-Chocolade verlangt und dafür sechs kleine, extra in Papier verpackte Stücke erhalten, die äusserlich vollkommen der bisher bezogenen, als vorzüglich bekannten Kinder-Chocolade von Sarotti glichen; sie habe diese sechs Stückchen Chocolade aber selbst gegessen und sei eine Stunde darauf unwohl geworden. Vor allen Dingen habe sie eine furchtbare Mattigkeit befallen, so dass sie sich kaum wach erhalten könne, daneben bestanden Kopfschmerzen, Wallungen zum Kopfe und Uebelkeiten. Ich fand zufällig das Papier, in dem die Chocoladenstückchen eingepackt waren, und fand darauf den Aufdruck: Kola-Chocolade. Da jede andere Krankheitsursache bei der bis dahin vollkommen gesunden Dame völlig ausser Betracht war, so konnte es sich nur um eine Vergiftung mit Kola-Chocolade handeln. Ich schickte die Patientin zu Bett; die Nacht war wegen der Kopfschmerzen noch sehr unruhig, Morgens jedoch erwachte sie völlig frisch und munter.

Es ist als ein glücklicher Zufall anzusehen, dass die Dame nicht, wie ursprünglich beabsichtigt war, die Chocolade ihrem einjährigen Kinde gab, wahrscheinlich wären bei der Kleinen die Vergiftungserscheinungen viel bedrohlicher gewesen.

Fälle, wie der vorliegende, müssen die Aerzte zu grösster Vorsicht und zu der Forderung veranlassen, dass Genussmittel, Liqueure, Chocoladen, die mit stark wirkenden Arzneimitteln, z. B. Kola oder auch Coca, bereitet sind, dem freien Verkehr völlig entzogen werden."

Kaffee und Kaffee-Surrogate.

Die Uebelstände, welche sich in letzter Zeit im Verkehr mit Kaffee und Kaffee-Surrogaten herausgestellt haben, geben dem Herrn Polizeipräsidenten Veranlassung, in Folgendem die Resultate zu veröffentlichen, welche die Untersuchung einiger, besonders eifrig angepriesener Präparate ergeben hat:

1. Kathreiners Malzkaffee und der Kneippsche und Franksche Malzkaffee sind mit Zucker überzogene, mässig gebrannte und schwach gemälzte Gerste, enthalten keine Spur von Stoffen, welche dem Kaffee eigen sind, haben weder heilende noch diätetische Wirkung und sind für den Preis von 0,40 Mk. pr. Kilogramm herstellbar. 2. Unter dem Namen „Viktoria-Kaffee" werden gebrannte und theilweise geschrotete Gerste, unter dem Namen „Kaffeeschrot" die Abfälle schwach gebrannter Zuckerrüben und Cichorienwurzeln in den Handel gebracht. 3. Die gezuckerten Kaffeesorten, wie sie von Zuntz sel. Ww. und vielen anderen Firmen, mit oder ohne Deklaration des Zuckerzusatzes, auf den Markt gebracht worden, enthalten vielfach nicht allein Zucker, sondern auch mehr oder weniger Umwandlungsprodukte desselben, sowie mitunter erhebliche Mengen an Wasser des zur Zuckerung benutzten Syrups. Diese sogenannte Glasirung des Kaffees dient keineswegs lediglich dem Zwecke, das Aroma des Kaffees zu konserviren, sondern gewährt dem Fabrikanten den doppelten Vortheil, eine künstlich beschwerte und weniger stark gebrannte Waare verkaufen zu können, welche mit heissem Wasser keine höheren Extrakte ergiebt, als ohne Zuckerzusatz gebrannter Kaffee.

Bücheranzeigen.

(Besprechung vorbehalten.)

Kratter, Prof. Dr. Julius: Der Tod durch Elektrizität. Wien und Leipzig, Deuticke, 1895.

Eulenburg, Prof. Dr. A. Sexuelle Neuropathie. Leipzig, Vogel, 1895.

Strassmann, Prof. Dr. F. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart. Enke 1895.

Winkelmann, Dr. med. Karl. Die erste Hülfe bei schweren Verletzungen. Leipzig, C. G. Naumann, 1895.

Plath, Dr. W. Briefe eines Arztes an eine junge Mutter. Neubearbeitet von S. R. Dr. med. Aug. Rossmann. 7. Aufl. Braunschweig, Vieweg, 1895.

Königstein, D. L. Die Anomalien der Refraktion und Akkommodation. Wien und Leipzig, W. Braumüller, 1895.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker und **Dr. A. Leppmann**

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 22. Ausgegeben am 15. November.

Ein Fall von Tod in der Chloroform-Narkose.*)

Gutachten von

Kreisphysikus Dr. **Wolffberg**-Tilsit.

In der L.'schen Todesermittelungssache sind die Unterzeichneten unterm 7. Juli 189. beauftragt worden, das motivirte Gutachten zu erstatten und hierin besonders zu erörtern, ob der Tod durch Chloroform in der Chloroform-Narkose erfolgt, und ob bei der Narkotisirung fahrlässig — unter Nichtbeachtung der in der Wissenschaft vorgeschriebenen, durch die Erfahrung als richtig anerkannten Kunstregeln — zu Werke gegangen ist. Auch sollten die auf Blatt 12 der Akten entwickelten Gesichtspunkte in den Kreis der Erwägungen und Ausführungen gezogen werden. Das dem unterzeichneten Kreisphysikus mit den Akten gleichzeitig übersandte Fläschchen sollte bezüglich seines Inhalts untersucht werden. Ueber das Ergebniss dieser letztgenannten Untersuchung ist in dem beiliegenden Gutachten, welches Apotheker N. N. und Dr. Wolffberg erstattet haben, besonders berichtet worden.

Dem obigen Auftrage kommen wir im Folgenden ergebenst nach. (Aus den auf Bl. 12 der Akten von dem Herrn Vertreter der Staatsanwaltschaft entwickelten Gesichtspunkten ist hier folgendes anzuführen:

„2. Lässt sich etwa annehmen, dass das angewandte Chloroform quantitativ oder qualitativ vorschriftswidrig gewesen?

3. Ist vom ärztlichen Standpunkt aus die Narkotisirung des Verstorbenen zum Zweck der Reposition des Oberschenkels ohne Zuziehung eines zweiten Arztes zu beanstanden?

4. War die Herzbeschaffenheit des Verstorbenen eine normale, eventuell die Anomalie bei der Beobachtung derselben vor der Narkotisirung erkennbar?

Ich überreiche hiermit zu gerichtlicher Aufbewahrung ein Fläschchen, etwa halb gefüllt mit einer wasserklaren Flüssigkeit und der Aufschrift Chloroform, das mir auf Verlangen Herr Dr. X. unter der Versicherung übergeben hat, dass er daraus ein Quantum von etwa 25—30 g zur Narkotisirung des Verstorbenen verwandt habe.“)

*) Zweifellos sollte über alle Fälle von Tod in der Narkose den Fachgenossen Mittheilung gegeben werden. Das nachfolgende Gutachten wird, wie ich hoffe, besonders jüngeren Kollegen von Interesse sein. Auf literarische Bezugnahmen musste in dem Gutachten fast überall verzichtet werden.

Geschichtserzählung.

Am 2. Juni theilte Dr. X. zu Y. dem Königlichen Amtsgerichte daselbst mit, dass ihm ein Kranker Namens L. zu K. in der Chloroform-Narkose gestorben sei.

L. und andere Männer waren am 30. Mai mit Abladen von Baumstämmen von einem Wagen beschäftigt gewesen; hierbei wurde ersterer von dem Ende eines Baumstammes gegen die linke Hüfte getroffen. Er wurde, da er grosse Schmerzen hatte und offenbar sogleich umgefallen war, alsbald nach Hause gefahren und am nächsten Tage von einer Frau B. in Behandlung genommen. Am 2. Juni wurde Dr. X. zugezogen, welcher eine Verrenkung des linken Oberschenkels im Hüftgelenk feststellte. Mit Einwilligung des Kranken chloroformirte Dr. X. denselben; es waren hierbei drei männliche Personen zugegen. In der Annahme, dass L. dem Alkoholgenusse erheblicher ergeben sei, machte Dr. X., um die Chloroform-Wirkung zu mässigen, zunächst eine Einspritzung von 8 Milligr. Morphium. Hierauf chloroformirte er. Nach wenigen Minuten trat eine starke Reaktion ein, welche sich bald legte. Als nunmehr Dr. X. die Einrichtung des Oberschenkels versuchte, zeigte sich, dass die Muskeln noch nicht hinlänglich erschlafft waren; Patient war noch nicht hinlänglich tief narkotisirt. Dr. X. gab deshalb noch einige Tropfen Chloroform und versuchte die Einrichtung von Neuem. Gleichzeitig bemerkte er, dass die Athmungsenergie bei L. nachliess, setzte die Einrichtungsversuche sofort aus und begann künstliche Athmungsbewegungen. Die selbständige Athmung des L. stockte jetzt ganz und konnte nicht wieder hergestellt werden, obwohl Dr. X., von einem Gehilfen unterstützt, die künstlichen Athembewegungen etwa eine halbe Stunde fortsetzte. L. war in der Narkose gestorben.

Die von den Unterzeichneten am 4. Juni ausgeführte Obduktion hatte folgende wesentliche Ergebnisse:

Obduktionsprotokoll.*)

1. . . . Mann von 45 Jahren, 166 cm lang. Fettpolster sehr gering, Muskulatur kaum mittel.

18. Das linke Bein liegt in auswärts gerollter Stellung,

*) Aus dem Obduktionsprotokoll geben wir hier nur die Beschreibung der Verrenkung bezw. Knochenverletzung und des Herzbefundes wieder. Auf die sonstigen Einzelheiten kann um so eher verzichtet werden, da im Verlaufe des Gutachtens alle wesentlichen Leichenbefunde zur Besprechung gelangen.

so dass die Kniescheibe und die Zehen nach aussen weisen. . . . . In der Mitte der linken Leistengegend ist die Haut etwas vorgewölbt, auch fühlt man eben hier einen stärkeren Widerstand in ziemlich rundlicher Abgrenzung. . . . Im Ganzen erscheint das obere Drittel des linken Oberschenkels, besonders an der vorderen und Innenfläche, etwas geschwollen.

19. . . . Darauf wird auf die vorhin erwähnte rundliche Vorwölbung in der Leistengegend eingeschnitten, und hier findet man, dass unter dem Unterhautfettgewebe die grosse Beinschlagader gespannt und von vorne nach hinten abgeplattet über den hier in regelwidriger Lage befindlichen Kopf des Oberschenkelbeins hinwegzieht. Die den Kopf umgebenden Weichtheile sind in geringem Grade von freiem Blute durchtränkt. Durch fernere Einschnitte wird festgestellt, dass der Kopf des Oberschenkelbeins in der Weise seine Lage geändert hat, dass die Ansatzstelle des runden Schenkelbandes am Kopfe gerade nach vorn gerichtet ist. Der Kopf liegt nach innen, vorn und oben von der Pfanne — und zwar so, dass seine hintere Fläche (in der untern Hälfte desselben) auf dem Schambeinkamm ruht. . . . . Nachdem nun zur Freilegung des Knochens die Muskulatur in grösserem Umfange durchschnitten und abgelöst ist, findet sich zunächst, dass theilweise sowohl in den oberen als auch in den unteren Schichten der Muskeln etwas dickes freies Blut vorhanden ist; sodann zeigt sich, dass von dem grossen Rollhügel der grössere Theil an der Hinterfläche des Schenkelhalses abgesprengt ist; es finden sich hier am Schenkelhalse eine rothe blutdurchtränkte rauhe Fläche und einige Blutgerinsel. Von gleicher Beschaffenheit ist die Fläche des abgetrennten Knochenstückes. Das Letztere ist von oben nach unten 7 cm lang; es ist $4^1/_2$ cm breit und $2^1/_2$ cm dick. Es wurde die Lage des abgetrennten Knochenstücks so gefunden, dass der untere Winkel desselben etwa 1 bis $1^1/_2$ cm höher lag als der entsprechende Theil des Schenkelhalses. Vom Rande der Pfanne sind einige Knorpeltheilchen abgelöst, und auf der glatten unverletzten Pfanne liegt einiges geronnene Blut.

28. Das Herz ist sehr schlaff, grösser als die Leichenfaust, an der Vorderfläche sehr blass-bräunlich, ziemlich reichlich mit Fett bedeckt. An der Hinterfläche sind die venösen Kranzgefässe bis zu mässiger Rundung gefüllt.

29. Im rechten Vorhof sind 204 Kubikcentimeter eines dunkeln, im Ganzen flüssigen, jedoch auch weiche Gerinnsel enthaltenden Blutes. In der rechten Kammer sind etwa 30 Kubikcentimeter dunkelen flüssigen Blutes.

Im linken Vorhof 12 Kubikcentimeter ebensolchen Blutes. Die linke Kammer ist leer . . .

31. Nachdem das Herz herausgenommen, wird in annähernd natürlicher Lage an der Vorderfläche des Herzens die grösste Breite gleich 11 cm bestimmt. Die Höhe von der Spitze des Herzens bis zum Ursprung der Lungenschlagader gleich 13 cm. An der Hinterfläche ist die grösste Breite der linken Kammer gleich $13^1/_2$ cm; die Höhe $12^1/_2$ cm.

32. . . . . . . Der Anfangstheil der Aorta hat eine glatte blass-gelbliche Innenfläche, an welcher hier und da weissliche, rundliche und streifige Stellen anffallen. . . . . Die Dicke der linken Herzkammerwand gleich 12, der rechten gleich 3 mm. Das Herzfleisch . . . . Das Herz wird behufs mikroskopischer Untersuchung zur Verwahrung genommen.

Nach Schluss der Obduktion gaben wir unser vorläufiges Gutachten dahin ab:

1. Der Tod des von uns sezirten Mannes ist unter den Erscheinungen des Stickflusses erfolgt.
2. Der Verstorbene hat bei Lebzeiten an einer kranken Herzbeschaffenheit gelitten; es ist recht wohl möglich, dass die letztere in ursächlichem Zusammenhange mit dem Tode steht.
3. Ferner hatte der Mann kurz vor dem Tode eine Verrenkung des Oberschenkelkopfes erlitten, mit welcher zugleich ein Abbrechen eines grösseren Knochenstückes von dem Oberschenkel verbunden war. —

Der Eine von uns (W.) hat das in Verwahrung genommene Herz des L. am 5. Juni mikroskopisch untersucht. Die sogleich niedergeschriebenen Notizen lauten:

„5. Juni 1892.

Am Herzen ist das Fett unter dem Ueberzuge reichlich entwickelt . . . . . .“

(An zahlreichen Stellen drang das Fett — mikroskopisch als Fettgewebe bestimmt — in Streifen oder auch in breiteren Vorsprüngen in die Muskulatur ein; rechts mehrfach bis zum Endocardium. Im letzteren selbst vielfach Fettstreifen. Ferner beiderseits, mehr rechts als links, mikroskopisch aus Fettbläschen verschiedener Grösse bestehende Streifen und Flecke in den Wandungen des Herzens wie in den Klappenmuskeln. Fettherz und fettige Degeneration des Herzens.)

Gutachten.

1. Ist L. durch Chloroform in der Chloroform-Narkose gestorben?

Dass L. in der Chloroform-Narkose gestorben ist, wissen wir aus dem Berichte des Dr. X. Schwerer zu beantworten ist die Frage nach der

Todesursache. In unserem vorläufigen Gutachten gaben wir an, dass der Tod des L. unter den Erscheinungen des Stickflusses erfolgt sei. Hierüber kann nach den Ergebnissen der Obduktion ein Zweifel nicht bestehen. Es ward eine grosse Menge von Blut in der rechten Herzhälfte, zumal im rechten Vorhof (hier 204 ccm) gefunden (Obd.-Prot. 29); die Lungen waren gross, von den Schnittflächen floss eine sehr reichliche Menge dünner feinschaumiger blutiger Flüssigkeit (Lungenödem) (Obd.-Prot. 35, 36); ferner war das Blut dunkel und grossentheil dünnflüssig.

Die Erscheinungen des sogenannten Stickflusses beweisen keineswegs eine eigentliche Erstickung, den Tod durch Verschluss der Luftwege. Da aber auch in der Chloroform-Narkose der Tod durch eigentliche Erstickung erfolgen kann, so heben wir hervor, dass die Sektion für diese Annahme keinen Beweis gegeben hat; und auch der Bericht des Dr. X. spricht nicht dafür. In dem letzteren ist nicht davon die Rede, dass die Athmung erschwert, mühsam geworden sei; sondern es heisst darin, dass die Athmungsenergie nachliess und dann stockte.

Nun hat die Untersuchung des Herzens des L. den Beweis erbracht, dass der Verstorbene an erheblicher fettiger Entartung des Herzfleisches litt. Die Erscheinungen des Stickflusses, die wir fanden, sind auch die Folgen der Herzlähmung: es stockt die Thätigkeit des Herzens, zumal des rechten, in welchem sich das Blut staut; demzufolge staut es sich auch in den Lungengefässen, und es kommt zu Lungenödem. Da nun Fettentartung des Herzens die erheblichste Disposition zum Tode durch Herzlähmung giebt, so liegt die Annahme am nächsten, dass L. durch Herzlähmung gestorben ist: wie wir dies bereits in unserem vorläufigen Gutachten als recht wohl möglich bezeichnet haben. Die Erscheinungen, welche der Verstorbene kurz vor dem Tode dargeboten, sprechen nicht gegen diese Annahme; vielmehr sprechen die Plötzlichkeit und der aus Dr. X.' Berichte offenbar zu folgernde schnelle Ablauf des ganzen Ereignisses dringend für den Tod durch Herzlähmung.

Nach ärztlicher Erfahrung ist ein mit Fettherz erheblicheren Grades behaftetes Individuum stets mit plötzlichem

Tode bedroht; und es darf hier nicht übersehen werden, dass L. auch im Uebrigen, wie die Sektion ergeben hat, krank war. L. war dürftig genährt (Obd.-Pr. No. 1), in der Magenschleimhaut fanden sich die Zeichen des chronischen Katarrhs (No. 47), ebenso in der Schleimhaut eines grossen Theils der dünnen und dicken Därme (No. 50). Ferner waren sowohl die Nieren als auch die Milz (No. 41, 42, 40) grösser als normal, wahrscheinlich in Folge der durch die Herzentartung veranlassten Störung im Blutumlauf, und in der Leber (No. 48) fanden sich die Zeichen von Fettinfiltration. Hatten diese Krankheitszustände auch die Arbeitskraft des L. anscheinend noch nicht sonderlich beeinträchtigt, so waren sie zweifellos geeignet, seine Widerstandskraft gegenüber krankmachenden Einflüssen noch weiter herabzusetzen.

Wenn es nun häufig genug vorkommt, dass mit Fettherz behaftete Menschen auch ohne ersichtliche äussere Veranlassung den plötzlichen Tod durch Herzlähmung erleiden, so tritt bei derartig kranken Menschen die Herzlähmung doch noch häufiger ein, wenn irgend eine stärkere Erregung, z. B. durch Schreck, Angst, durch Schmerz, oder auch wenn stärkere Anstrengungen des Körpers erfolgten und damit grössere Anforderungen an die Herzkraft gestellt waren. Man bezeichnet diese Art der Herzlähmung als reflektorische. Es fragt sich, ob nicht auch in der Chloroformnarkose reflektorische Herzlähmung eintreten könne, und es bleibt zu untersuchen, ob in unserem Falle eine solche Annahme statthaft ist.

2. Um dies zu prüfen, sind zunächst die Verletzungen, die L. erlitten hatte, zu erwägen (Obd.-Pr. 18, 19, 20, 21). Es handelte sich um die seltenere Form der Verrenkung des linken Oberschenkelkopfes nach vorn, oben und innen, durch welche der Kopf auf den horizontalen Schambeinast getreten war.

Diese Verrenkung hatte L., wie wir am zwanglosesten annehmen, in der Weise erlitten, dass er mit der Vorderfläche seines Körpers gegen das Ende des Baumstammes gerichtet stand, als ihn der letztere mit grosser Gewalt traf. Die Gewalt hat wesentlich die Gegend des äusseren Rollhügels getroffen, wenn auch Blutaustritt in der linken Hälfte der vorderen Bauchwand und selbst in der Bauchhöhle in dem die Blase umgebenden Bindegewebe (Obd.-Pr. 44) sich fand. Hierdurch wurde das Bein zu stark auswärts gerollt, so dass der Schenkelkopf in angegebener Weise aus der Pfanne trat, und zugleich der Rollhügel selbst abgebrochen. Letzterer wurde hinter dem Halse des Oberschenkels, durch die Muskeln etwas nach oben gezogen, gefunden. Es lag also eine Verrenkung vor, zugleich war aber ein erhebliches Knochenstück vom Oberschenkel abgesprengt. Was die Schwere dieser Verletzung erhöhte, war die Lage der grossen Schenkelarterie. Wie das Obduktionsprotokoll besagt, zog die Letztere, stark gespannt, über den in falscher Lage befindlichen Oberschenkelkopf hinweg und war von vorn nach hinten abgeplattet. Die Blutzufuhr zum linken Beine war hierdurch entweder ganz aufgehoben oder auf ein sehr geringes Mass herabgesetzt, und es war hierdurch die Arbeitslast des Herzens erheblich gesteigert.

Wir müssen einen Augenblick bei der Frage verweilen, ob Dr. X. die Verletzung des L. richtig erkannt hat. Aus seinem Berichte geht hervor, dass er sich über die Natur der Verrenkung völlig klar war. Dagegen scheint er von dem Bruch im Knochen keine Kenntniss gehabt zu haben. Hieraus ist ihm aber nicht der geringste Vorwurf zu machen. Denn inmitten der dicken Weichtheile war der grosse Rollhügel überhaupt nicht durchzufühlen. Ebensowenig konnte das sogenannte Krepitiren des gebrochenen Knochens, das ist das Knarren bei Bewegungen desselben, wahrgenommen werden, welches Symptom sonst Anhaltspunkte zur Diagnose eines Knochenbruches gewährt; denn es war überhaupt eine Bewegung des Beines kaum auszuführen, und es war der Knochen in seiner Kontinuität völlig erhalten, nur eben ein Stück abgesprengt, welches verborgen lag.

Selbst während der Obduktion erfuhren wir von diesem Bruche erst nach völliger Freilegung des Knochens.

Gerade auf diesen Knochenbruch sind wir geneigt ein grosses Gewicht zu legen, weil jeder Versuch zur Bewegung des Beines erhebliche Schmerzen und auch in der Narkose eine erhebliche Erregung des Nervensystems veranlassen musste.

Berücksichtigen wir nun die in dem Berichte des Dr. X. enthaltenen bezüglichen Vorgänge. Nach wenigen Minuten der Chloroformirung trat eine starke Reaktion ein, das ist das sogenannte Erregungsstadium, welches in sehr zahlreichen Fällen der Chloroformnarkose zuvörderst beobachtet wird. Die Reaktion legte sich bald, und Dr. X., obwohl der Patient noch nicht hinlänglich tief narkotisirt war, versuchte die Einrichtung des Beines. Hierbei zeigte sich nun, dass, wie Dr. X. angiebt, eine hinlängliche Erschlaffung der Muskeln noch nicht eingetreten war. Hieraus ist zu folgern, dass noch Bewegungen der Muskeln, eine Reaktion auf den Schmerz, statthatte. Man darf annehmen, dass inzwischen die Chloroformirung ausgesetzt war, auch noch kein bedrohliches Zeichen sich gezeigt hatte. Jetzt giebt Dr. X. noch einige Tropfen Chloroform und setzt die Versuche der Einrenkung fort. Gleichzeitig aber wird die Athmung schwach und der Patient stirbt.

Wegen dieses plötzlichen Eintrittes der tödtlichen Wendung gleich nach dem Stadium der Erregung und im unmittelbaren Anschlusse an die Versuche der Einrenkung, halten wir es für möglich, dass der Tod des L. durch Reflexlähmung des Herzens und nicht eigentlich durch die vergiftende Wirkung des Chloroforms zu Stande kam.

Diese Ansicht halten wir für die bestbegründete. Gleichwohl kann auch die Annahme gestützt werden, dass in Folge der kranken Beschaffenheit des Herzens gerade dieses Organ der Chloroformwirkung weniger Widerstand zu leisten im Stande war, und dass L. der Herzlähmung durch die vergiftende Wirkung des Chloroforms erlegen ist.

Keines Falles aber können wir es für bewiesen ansehen, dass L. durch Chloroform gestorben ist.

3. Ob das Chloroform ein normales Präparat gewesen ist, haben N. N. und Wolffberg in einem besondern Gutachten besprochen. (S. Anhang).

4. Wir haben nunmehr die Frage zu beantworten, ob bei der Narkotisirung fahrlässig — unter Nichtbeachtung der in der Wissenschaft vorgeschriebenen, durch die Erfahrung als richtig anerkannten Kunstregeln — zu Werke gegangen ist. Hierbei sind die besonderen Fragen des Herrn Ersten Staatsanwalts noch besonders zu berücksichtigen.

Die Frage lautet also nicht eigentlich dahin, ob eine Fahrlässigkeit des Arztes den Tod des L. herbeigeführt habe: diese Frage müssten wir nach den obigen Ausführungen verneinen, da wir für das Wahrscheinlichste halten, dass L., wenn auch in der Narkose, so doch nicht durch Chloroformvergiftung gestorben ist.

Wir haben indessen die Möglichkeit, dass L. gerade wegen der Krankheit seines Herzens der giftigen Wirkung des Chloroforms erlegen ist, hervorgehoben, und auch abgesehen hiervon haben wir selbstverständlich die Pflicht, die vorgelegten Fragen zu erörtern.

a) In dieser Beziehung ist nun anzuführen, dass Dr. X. in seinem Berichte nicht alle Einzelheiten der Narkotisirung beschrieben hat. Er giebt an und die Zeugen bestätigen es, dass er — was wir für sehr wesentlich halten — der Zustimmung des L. und des Sohnes desselben vor der Chloroformirung sich

versichert hat. Alsdann habe er eine Einspritzung von Morphium (0,008) gemacht, und man kann dieses Verfahren nur billigen. Die Sektion hat die Voraussetzung des Arztes, aus welcher er der Chloroformirung die Morphiumeinspritzung vorausschickte, nämlich dass L. dem Alkoholgenusse stark ergeben gewesen, bestätigt. Starken Trinkern giebt man eher eine noch grössere Gabe Morphium und chloroformirt dann in gewöhnlicher Weise weiter. Man erreicht dadurch eine Abkürzung und Milderung der Erregung, und im sogenannten paralytischen Stadium — in welches L. kaum eingetreten war, als er plötzlich starb — „kommt man dann oft mit ganz wenig Chloroform aus, für schwache Herzen ein nicht zu unterschätzender Vortheil.“*)

Nach der Morphium-Injektion begann Dr. X., wie er berichtet, zu chloroformiren. Die Methode selbst ist nicht angegeben.

Es kann dem Arzte aber auch eine bestimmte Methode nicht vorgeschrieben werden, falls er nur sicher ist, dass nicht allzu konzentrirte Chloroformdämpfe plötzlich zugeführt werden und das Chloroform nicht in Mund oder Nase fliessen kann. Ob Letzteres geschah, wissen wir nicht; wir haben aber auch keinen Grund, es anzunehmen. Wir nehmen vielmehr an, dass irgend ein bedrohliches Zeichen sich nicht gezeigt hat bis nach Ablauf der ersten Erregungszustände. L. war ja, wie Dr. X. angiebt, jetzt noch nicht hinlänglich tief narkotisirt; und auch der Zeuge C. N. bekundet ausdrücklich, dass Dr. X. (der dies nicht berichtet) dem Kranken den Puls fühlte, als dieser anfing, mit den Armen herumzufechten, d. h. als L. sich im Stadium der Erregung befand. Nach Ablauf der Erregung, und als die Muskeln noch nicht hinlänglich erschlafft waren, gab Dr. X. nur noch wenige Tropfen von Chloroform, als plötzlich das tödtliche Ende eintrat.

Hiernach sehen wir aus dem Bisherigen keinen Grund zu der Annahme, dass Dr. X. fahrlässig gehandelt habe.

b) Nun aber hat die Sektion Fettherz ergeben, und es ist die Frage des Herrn Ersten Staatsanwalts gerade hierauf gerichtet, ob diese Anomalie vor der Narkotisirung erkennbar war. Die Maasse, welche das der Leiche entnommene Herz (Obd.-Pr. 31) aufwies, waren grösser als normal; das Herz war aber ungemein schlaff, und sehr wahrscheinlich waren während des Lebens infolge der strafferen Faser die Grössen-Abweichungen von der Norm nur unerheblich und daher schwer oder überhaupt nicht zu erkennen. Die Herzklappen-Töne mussten rein gefunden werden, da die Klappen gesund waren. Sichere, stets vorhandene Zeichen für die Fettentartung giebt es nicht. Nehmen wir aber den Fall an, dass Dr. X. eine unerhebliche Erweiterung des Herzens wirklich hätte feststellen können, so war er unseres Erachtens immer noch berechtigt, zu chloroformiren, wenn die Energie der Herzthätigkeit regelmässig und befriedigend war. War Letzteres der Fall, so war der ungünstige Ausgang der Narkose doch immer unwahrscheinlich; die Narkose selbst aber war, wenn dem Manne überhaupt geholfen werden sollte, erforderlich.

c) Wir kommen hiermit zu der dritten Frage des Herrn Ersten Staatsanwalts, ob vom ärztlichen Standpunkte aus die Narkotisirung des Verstorbenen zum Zwecke der Reposition des Oberschenkels ohne Zuziehung eines zweiten Arztes zu beanstanden ist.

Die allgemeine ärztliche Erfahrung lehrt, dass Verrenkungen sobald wie möglich einzurichten sind, da jeder Zeitverlust eine Erschwerniss der Rückführung verursacht. Nachdem nun drei Tage nach dem Unfalle vergangen, war es zweifellos besser, wenn die Einrichtung sofort geschah. Zwar hätte Dr. X. sich keinem Vorwurfe ausgesetzt, wenn er noch einen Tag gewartet; denn so lange konnte es voraussichtlich dauern, bis er einen zweiten Arzt zur Stelle gehabt hätte; gerade diese Luxation war auch dann noch nicht als veraltet anzusehen. Dr. X. musste sich aber doch fragen, ob es nothwendig sei, zu warten. Die Bedingungen der Rückführung wurden immerhin verschlechtert, der Kranke lag unbeweglich in erheblichen Schmerzen. Dazu kam der Zustand der Schlagader des Beines. Wir wissen nicht, ob Dr. X. hiervon sich Rechenschaft gegeben. Nach der Sektion aber sind wir zu der Ueberzeugung gelangt, dass sofort der Versuch der Rückführung gemacht werden musste, wenn nicht in Folge der abgesperrten Blutzufuhr zum Beine eine unausgleichbare Schädigung (Brand) des letzteren erfolgen sollte. Aber Dr. X. musste auch ferner sich fragen, ob er sich zutraue, die Einrichtung des verrenkten Beines allein auszuführen, und seine Erfahrung mochte ihm sagen, dass er den Versuch wagen dürfe. Bequemer und sicherer ist es jedenfalls, wenn zwei Aerzte die Reduktion des Beines ausführen; aber nothwendig ist es nicht. So sagt Billroth im Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie: „Oft genug kann der Chirurg allein die Reposition machen, und es ist mir schon mehreremale begegnet, dass ich allein eine Schenkelluxation einrichtete, an welcher sich bereits verschiedene Kollegen mit Aufgebot kräftiger Bauernhände stundenlang abgemüht hatten.“

Ueber die Nothwendigkeit eines zweiten Arztes bei der Chloroformirung, also eines sachkundigen Assistenten, der die Narkose allein überwacht, sind die Ansichten getheilt. Wünschenswerth wird ein solcher Assistent immer sein. Es giebt aber in Deutschland keine Vorschrift, welche den Arzt zwingen könnte, zum Zweck der Chloroformirung einen Assistenten zuzuziehen. Wenn sofortiges Einschreiten nach seinem pflichtmässigen Ermessen erforderlich ist, so darf er zweifellos auch allein chloroformiren, sobald es überhaupt möglich ist, mit Erfolg allein zu chloroformiren und eine Verrenkung einzurichten. Dass Letzteres der Fall, lehrt die Erfahrung. Es giebt eine Anzahl von Aerzten, die, wie wir wissen, allein chloroformiren und operiren. Wer sollte auch dem Landarzte, der so oft oder immer auf sich allein angewiesen ist, helfen, wenn er wegen drohender Lebensgefahr operiren muss! Er eröffnet die Luftröhre, er beseitigt auf blutigem Wege eine Brucheinklemmung, er hat die Entbindung künstlich zu beenden, und in allen diesen und anderen Fällen kann, ja darf er nicht warten, bis ihm ein Assistent zur Stelle ist, der ihm beim Chloroformiren helfe. Somit chloroformirt und operirt er allein — und muss dies thun. Es ist zweifellos, dass auch Dr. X. wiederholt derartig gehandelt hat. Seine Erfolge und die Erfahrung vieler anderer Aerzte haben ihn gelehrt, dass dies Verfahren zulässig ist. Warum sollte er daher genöthigt sein, zur Einrichtung des verrenkten Oberschenkels einen ärztlichen Gehilfen zuzuziehen, zumal wenn er Gründe hat, die für ihn zwingend sind, die Operation sogleich auszuführen?

Wollte man behaupten, es sei im vorliegenden Falle Pflicht des Dr. X. gewesen, einen zweiten Arzt zuzuziehen, so müsste wohl auch gezeigt werden, dass damit wahrscheinlicher Weise der tödtliche Ausgang vermieden worden wäre. Diese Ansicht haben wir aber nicht. Zu oft schon sind sogenannte Chloroform-Todesfälle in den best geleiteten Kliniken, unter Anwesenheit zahlreicher Aerzte, vorgekommen, als dass mit irgend welcher Wahrscheinlichkeit behauptet werden könnte, dass Dr. X. durch Zuziehung eines zweiten Arztes den Unfall hätte vermeiden können.

d) Schliesslich haben wir noch zu erörtern, ob die angewandte Menge Chloroform — 25 bis 30 g — unerlaubt hoch gewesen ist. Diese Menge kann an und für sich nicht als

*) Landerer, Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie. 1890, S. 312.

treffenden Vertrauensärzten in jedem einzelnen Falle mitgetheilt werden müssten, und nur mit Mühe ging schliesslich zum Heile der Lebensversicherung der Antrag in der Form durch, dass diese Mittheilung auf Wunsch geschehen könne. Dort wurde von der Lebensversicherungsseite besonders auf die Unmöglichkeit hingewiesen, den Vertrauensärzten um deswillen alle abweichenden Urtheile mittheilen zu können, weil die bessere Kenntniss der Bankärzte sehr häufig von hausärztlichen Attesten herrühre, deren Mittheilung der strengsten Diskretion unterlägen; im Grossen und Ganzen aber scheute man sich vor der Masse der Arbeit, die aus der nun unumgänglich nothwendigen Korrespondenz erwachsen musste, denn abweichende Urtheile der Aerzte sind — und das leider — recht häufig.

Die Ursachen sind abgesehen von der besseren Kenntniss durch hausärztliche Atteste, vertrauliche Gutachten u. dgl. dreierlei Art: 1. versicherungstechnischer, 2. statistischer, 3. wissenschaftlicher Art. Sie alle hier in einem Artikel abzuhandeln, verbietet der Raum; ich gedenke, in der Folge darauf zurückzukommen, hier will ich nur die beiden Kardinalfehler versicherungstechnischer Art einer kurzen Erörterung unterziehen.

„Durch die Abkürzung auf das 55. oder 60. Jahr wird dem höheren Risiko der Versicherung Rechnung getragen“ ist ein recht häufiges Schlussgutachten. Sieht man sich den Antragsteller an, so ist es ein in den zwanziger Jahren stehender Phthisiker, der mit Hilfe von Luftkurorten, Anstalten und dergl. seine Phthise relativ gebessert hat, zur Zeit nichts weniger als geheilt ist, aber doch die Aussicht hat, dass er noch eine geraume Zeit leben kann — vielleicht kann er auch bei den günstigen äusseren Lebensbedingungen, deren er sich erfreut, ein höheres Alter erreichen, vielleicht! Das Schlussgutachten kann hier doch nicht anders verstanden werden, als dass der Vertrauensarzt in der Abkürzung ein Verfahren erblickt hat, das dazu bestimmt ist, durch grössere pekuniäre Leistungen des Antragstellers, der Versicherungsanstalt die Uebernahme eines grösseren Risikos zu ermöglichen, dass kurz die Abkürzung eine Zuschlagsprämie darstellt, deren endlicher Zweck ist, einen Fonds anzuhäufen, aus dem die aus dem grösseren Risiko entstehenden Verluste gedeckt werden. Das ist aber ein grosser und für die Versicherungsanstalten sehr verhängnissvoller Irrthum.

Die Abkürzung hat bei Leibe nicht den Zweck, ein zur Zeit bestehendes, grösseres Risiko zu tragen, sie hat einzig und allein den Zweck, von einem bestimmten Zeitpunkt *ab* ein zu befürchtendes, grösseres Riskio, als es die nach der Sterblichkeitstafel zu erwartende Sterblichkeit zulässt, auszuschliessen. Die Bank will sich mit ihrer Hilfe bewusst schützen gegen eine grössere Sterblichkeitsgefahr, die ihr voraussichtlich durch bestimmte krankhafte Dispositionen ihrer Versicherten von einem bestimmten Zeitpunkt ab droht und die bei vielen gleichartigen Versicherungen zu einer Ueberschreitung ihrer erwartungsmässigen Sterblichkeit führen würde. Freilich zahlt der abgekürzt Versicherte eine höhere Prämie als der auf Lebenszeit Versicherte, diese ist auch selbstverständlich nothwendig, um die höheren Anforderungen, die an die Bank gestellt werden, dieser auch zu ermöglichen, aber sie erwachsen ihr nicht aus einer grösseren Sterblichkeit, sondern sie erwachsen und dürfen ihr nur daraus erwachsen, dass sie das versicherte Kapital an einem bestimmten kürzeren Zeitpunkt zu zahlen hat, als das bei den auf Lebenszeit Versicherten der Fall ist.

Ein kurzes Eingehen auf eine der der Prämienberechnung zu Grunde liegenden Sterblichkeitstafeln wird das klarer machen.

Von 10000 Fünfundzwanzigjährigen z. B. sterben nach den Sterblichkeitserfahrungen von Gotha (Männer) rechnungsmässig im ersten Jahre 53, es werden also 26 Jahre alt nur 9947; von diesen sterben in diesem Jahre weitere 54, es werden also 27 Jahre alt nur 9893 und so fort, so dass das 60. Jahr nur noch 6479 vollenden, das 70. nur noch 3…, das 80. nur noch 1246, das 90. endlich 74. Mit der Vollendung dieses Jahres erreicht bei Gotha die Versicherung ihr Ende und muss das Versicherungskapital unter allen Umständen ausgezahlt werden: die 74 Ueberlebenden bekommen rechnungsmässig das versicherte Kapital ausgezahlt. Bei der abgekürzten Versicherung z. B. auf das 60. Jahr muss aber das versicherte Kapital bei Lebzeiten nicht nur für 74, sonder für 6479 Personen gezahlt werden, d. h. in 6479 Fällen bis zu 30 Jahre früher als bei der lebenslänglichen Versicherung. Natürlich ist das nur möglich, wenn die betreffenden Versicherten den Prämien- und Zinsenausfall für die bis 30 Jahre als Zuschlagprämie zu dem gewöhnlichen Tarife zahlen. Sonst aber liegt genau dieselbe Sterblichkeitstafel, ein und dieselbe Prämienberechnung dieser Versicherungsart wie der auf Lebenszeit zu Grunde; es sollen bei der abgekürzten Versicherung eben so viel das 60. Jahr erreichen als bei den auf Lebenszeit Versicherten, die Sterblichkeit ist für beide gleich gross rechnungsmässig angenommen. Es darf daher die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit der zu Versichernden bis zu dem Zeitpunkte der Abkürzung auch um nichts grösser sein als bei den auf Lebenszeit Versicherten. Ist das Gegentheil zu befürchten, so bleibt natürlich für Gotha, welche bekanntlich keine Zuschlagsprämie erhebt, nur Abweisung, für die anderen Anstalten, die Zuschlagsprämie erheben, die festgesetzte Zuschlagsprämie ohne vertragsmässige Mehrleistung der Anstalt übrig.

Das Postulat der abgekürzten Versicherung ist also das, dass der abgekürzt zu Versichernde bis zu dem Zeitpunkt seiner Abkürzung die gleiche Anwartschaft auf Erreichung dieses Zieles haben muss, wie der lebenslänglich zu Versichernde; die ihm aus seinem Beruf oder körperlicher Anbrüchigkeit zu präsumirenden, lebensverkürzenden Einwirkungen dürfen erst für die Zeit nach dem in der Abkürzung bedungenen Lebensalter zu fürchten sein und sie eben sollen durch das Aufhören der Versicherung zu dem früheren Zeitpunkt ausgeschlossen werden.

Um ein Beispiel von vielen anzuführen, nenne ich das unkomplizirte Emphysem. Bekanntlich sind lebensverkürzende Störungen von diesem bis in die fünfziger Jahre in der Regel nicht zu erwarten, dann aber gehört es zu den Krankheiten, die die Sterblichkeit, wie sich statistisch leicht nachweisen lässt, auf das Empfindlichste beeinflussen. Die Bank entgeht dieser Gefahr, wenn sie die Versicherung emphysematöser Antragsteller spätestens mit dem 55. Jahr zu Ende gehen lässt und das Mittel zum Zweck ist die abgekürzte Versicherung.

Der zweite Hauptfehler versicherungstechnischer Art ist dann der, dass die Risiken, die wirklich zu den abgekürzten Versicherungen sich eignen, als Risiken auf Lebenszeit den Anstalten empfohlen werden, weil, wie es in dem Schlussgutachten heisst, Antragsteller Aussicht hat, das seiner Berechnung zu Grunde liegende Alter zu erreichen. Damit, glauben die begutachtenden Aerzte, habe der Antragsteller genug gelebt, um der Bank keinen Verlust zu bereiten. Selbstverständlich ist auch diese Ansicht durchaus falsch und alle derartigen Gutachten erhalten stets bankärztlich eine dahin gehende Korrektur, dass der betreffende Antragsteller nur mit einer Abkürzung auf das X Jahr versichert werden kann. Die Sterblichkeitstafel giebt auch hier den erklärenden Aufschluss.

Das der Berechnung zu Grunde liegende Alter des Antragstellers ist bekanntlich seine mittlere Lebensdauer, worunter wieder die Anzahl Jahre verstanden werden, welche die Menschen eines bestimmten Alters im Durchschnitt noch zu

hoch bezeichnet werden; sie reicht in vielen Fällen nicht aus, um die Narkose, zumal eines Trinkers, herbeizuführen. In Beurtheilung der verbrauchten Menge kommt es wesentlich auch auf die Zeit an, in welcher das Chloroform eingeathmet wurde, da eine relativ kleine Menge, schnell und konzentrirt eingeathmet, den Tod herbeiführen kann, während eine grössere Menge in längerer Zeit gut vertragen wird. Wir haben schon oben angeführt, dass wir nach dem vorliegenden Akteninhalte keinen Grund zu der Annahme haben, dass die Chloroformdämpfe in zu konzentrirter Form zur Einathmung gelangten. Es geht dies für uns daraus hervor, dass Dr. X. noch während des Excitationsstadiums den Puls des Kranken untersucht hat. Er kann jetzt den Zustand des Kranken nicht für bedenklich erachtet haben, da er gleich darauf noch einige Tropfen Chloroform gab. Hieraus ist zu folgern, dass, da nun plötzlich der Kranke starb, er nicht durch die Einathmung zu konzentrirter Chloroformdämpfe gestorben ist. Sonst hätte sich schon vorher ein Zeichen von Gefahr ergeben müssen.

Auf Grund aller dieser Erwägungen geben wir nunmehr unser Gutachten dahin ab:

1. L. ist in der Chloroform-Narkose und zwar durch Herzlähmung gestorben.
2. Die Herzlähmung ist sehr wahrscheinlich nicht durch Chloroform-Vergiftung zu erklären, sondern, unabhängig von Chloroform oder höchstens durch dieses begünstigt, eine Folge der Fettentartung des Herzens gewesen.
3. Die Chloroformirung des L. war geboten, um die Verrenkung einzurichten.
4. Es ist nicht nachzuweisen, dass das angewandte Chloroform ein ungeeignetes Präparat gewesen.
5. Es ist ferner nicht nachzuweisen, noch auch wahrscheinlich zu machen, dass Dr. X. fahrlässig, beziehungsweise den Regeln der ärztlichen Kunst zuwider gehandelt hat. . . . .

Dr. Wolffberg, Kreisphysikus. Dr. L., prakt. Arzt, zweiter Gerichtsarzt.

Anhang.

. . . . . Das Chloroform befand sich in einem mit der gedruckten Etikette „Königliche Apotheke in Y. Chloroform. . .“ versehenen Fläschchen. Das Fläschchen war in einem Cigarrenkistchen, in Papier eingewickelt, eingesandt worden. Es war mittels eines Korkstopfens verschlossen und letzterer versiegelt. Als das umhüllende Papier entfernt wurde, zeigte sich ein deutlicher Geruch nach Chloroform, und der Siegellack war etwas weich geworden. In dem sonst klaren Präparat schwammen einige kleine Trübungen, die, wenigstens theilweise, als Korkstückchen anzusprechen waren.

Nach diesem Befunde musste angenommen werden, dass ein (geringer) Bruchtheil des Chloroforms auf dem Transport durch Verdunstung verloren gegangen war. Auch war zu erwarten, dass ebenso gut wie das Chloroform den äusseren Siegellack theilweise zu erweichen vermochte, auch äussere und demgemäss zufällige Verunreinigungen in das Chloroform gelangen konnten.

Die Untersuchung hat indessen das Präparat in der weitaus grössten Anzahl von Reaktionen als ein normales, d. h. den Anforderungen des Arzneibuches entsprechendes erkennen lassen.

Die in dem Fläschchen enthaltene Menge von Chloroform betrug 72 g. (Es waren also ca. 48,5 ccm.)

Das spezifische Gewicht betrug bei $20\frac{1}{2}^0$ C. 1,4777; es entsprach also der Forderung der Pharmakopöe, wonach das spezifische Gewicht des Chloroforms bei 15^0 C. 1,485 bis 1,489 betragen soll.

Es war eine klare, farblose, flüchtige Flüssigkeit von charakteristischem Geruche, süsslichem Geschmacke, sehr wenig löslich in Wasser, mit Weingeist, Aether, fetten und ätherischen Oelen (Ol. Rosmarini und Ol. de Cedro) mischbar.

Es war völlig frei von dem erstickenden Geruche des Chlorkohlenoxydgases (Phosgengeruche). Filtrirpapier, mit der Flüssigkeit getränkt, gab nach dem Verdunsten der letzteren keinen Geruch mehr ab.

3 ccm Wasser wurden mit 6 ccm des Chloroforms geschüttelt; diese Mischung röthete blaues Lakmuspapier nicht. Es war also frei von Säure, also auch nicht zersetzt. Als jene Chloroformmischung auf eine mit Wasser versetzte $^1/_{10}$ Normalsilberlösung vorsichtig geschichtet war, erfolgte keine Trübung: das Chloroform war frei von Salzsäure und freiem Chlor. Die Abwesenheit von Chlor ward dadurch bestätigt, dass Schütteln des Chloroforms mit Jodzinkstärkelösung weder eine Bläuung noch überhaupt eine Färbung hervorrief.

Als nun von dem Reste des Chloroforms 1 ccm auf ein Uhrschälchen zum Verdunsten gegeben war, blieb eine Spur weisslichen Rückstandes zurück, wie es bei ganz reinem Präparat nicht der Fall sein darf. Es wurden dann 20 ccm Chloroform mit 15 ccm Schwefelsäure in einem 3 cm weiten, vorher mit Schwefelsäure gespülten Glase mit Glasstöpsel häufig geschüttelt; hierbei blieb die Schwefelsäure nicht ungefärbt, wurde vielmehr bräunlich.

Wir nehmen an, dass diese beiden letztgenannten Reaktionen nur deshalb ein von dem vorschriftsmässigen Verhalten abweichendes Ergebniss hatten, weil in dem Chloroform durch zufällige Umstände organische Verunreinigungen enthalten waren.

Jedenfalls ist diese Erklärung möglich und liegt nach dem oben erwähnten Befunde nahe. Da alle übrigen Reaktionen ein befriedigendes Resultat hatten, so haben wir somit einen Beweis dafür, dass das Chloroform kein normales Präparat gewesen ist, nicht erbringen können.

Dr. Wolffberg. . . . . , Apotheker.

Die Königliche Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren ein.

Das Schlussgutachten der vertrauensärztlichen Gutachten für die Lebensversicherung.

Von
Dr. Florschütz-Gotha
Physikus a. D.

Es hat Befremden erregt, dass ich in meinem Artikel in No. 15 dieser Zeitschrift das Schlussgutachten der vertrauensärztlichen Gutachten nicht ausdrücklich unter den Aufgaben genannt habe, die dem Vertrauensarzte zufallen, sondern lediglich den Obliegenheiten des an Bankstelle fungirenden Arztes zugesprochen habe, trotzdem doch jedes Gutachtenformular von dem Vertrauensarzt ausdrücklich ein Schlussgutachten verlange. Das ist richtig und ein vertrauensärztliches Schlussgutachten wird auch so lange verlangt werden, als die Vertrauensärzte nicht beschreibende, sondern nur urtheilende Gutachten abgeben, die dem Bankarzte jedes eigene Urtheil unmöglich machen, so lange, als auch die wenigen beschreibenden Gutachten so ungenügend sind, dass erst die Hinzunahme des Schlussurtheils eine wirkliche Auffassung des einzelnen Falles zulässt. Der Idealzustand des Verkehres zwischen Bank- und Vertrauensarzt ist sicher der von mir dort skizzirte und sicher werden durch ihn die Unannehmlichkeiten vermieden, die immer dem Vertrauensarzte durch eine Rektifizirung seines Schlussurtheils erwachsen, und wie bitter diese von ärztlicher Seite empfunden werden, zeigten die Verhandlungen über das Verhältniss der Aerzte zu den Lebensversicherungsgesellschaften auf den Eisenacher Aerztetagen 1894 und 1895. Beide Male war dort der Antrag eingebracht worden, dass die Gründe der abweichenden Schlussgutachten der Bankärzte den be-

befund negativ ist. Die theilweise Mumifikation der Leiche — 8 Monate nach dem Tode — ist weder ein Beweis für die Arsenvergiftung noch auch geeignet, dieselbe wahrscheinlicher zu machen. Die Krankheitserscheinungen vor dem Tode passen gut in den Rahmen des chronischen Alkoholismus, sie machen für sich allein eine chronische Arsenvergiftung nicht wahrscheinlich; wenn aber andere Umstände des Falles für die wiederholte Zufuhr von Arsenik sprechen, so muss auch auf Grund der Krankheitserscheinungen eine Arsenvergiftung als Todesursache in Erwägung gezogen werden. T.

Eine komplizirte Chromvergiftung.

Von Dr. Reineboth.

(Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medizin 1895.)

Ein junger Mann nahm in selbstmörderischer Absicht ein Gemisch aus zwei Esslöffeln Kaliumbichromat, roher Salzsäure, Spiritus und Benzin zu sich. Die Chromwirkung wurde also durch die Wirkung von Salzsäure, Spiritus und Benzin komplizirt, gleichzeitig aber auch zum grössten Theil paralysirt, indem sich aus dem Chromsäuresalz ein viel weniger giftiges Chromoxyd bildete, nämlich Chromchlorid, und aus dem Alkohol Acetaldehyd resp. Essigsäure. Das Benzin trug durch seine Erbrechen erregende Wirkung zur schnellen Entleerung der giftigen Substanzen bei. Ein solcher Thatbestand, dass ein Gift in absolut tödtlicher Menge genommen wird, aber nicht tödlich wirkt, weil es in nicht zweckentsprechender Form genommen wird, hat häufig grosse forensische Bedeutung. T.

Zur Toxikologie des Lysols.

Von Dr. Fedor Schmey-Beuthen O/S.

(Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1895, Nr. 19.)

Eine Wöchnerin pflegte gegen Jucken am linken Fussgelenk Ol. hyoscyami, auf Watte getropft, anzuwenden. Versehentlich goss die Mutter der Wöchnerin einmal statt des Bilsenkrautöles reines Lysol auf und die Watte blieb vier Stunden liegen, ehe der Irrthum bemerkt wurde. Nach Entfernung der Watte zeigten sich grosse Blasen, deren Abheilung unter grossen Schmerzen mehr als drei Wochen erforderte. (Verfasser führt dann als „ähnlichen Vergiftungsfall" den bekannten von Reich veröffentlichten an. In seinem Falle kann man doch aber nicht ernstlich von „Vergiftung" reden! Ref.) T.

Gebührenwesen.

Die Ansprüche des Arztes bei der Behandlung eines vor seiner Anmeldung erkrankten Versicherungspflichtigen.

Von Dr. B. Hilse-Berlin,

Kreisgerichtsrath.

Nicht selten wird in Fällen, wo der Arzt nach einem eingetretenen Unfalle seine Hilfe leistete, ihm die Vergütigung für aufgewendete Zeit Kenntniss und Sorgfalt dadurch vorenthalten oder doch deren Erlangen wesentlich erschwert, dass er über die Person des Zahlungspflichtigen in Ungewissheit versetzt wird. Die gerichtliche Verfolgung derartiger Honoraransprüche erfordert stets Geld und Zeitopfer, ist in ihrem Ausgange aber auch bisweilen dadurch rechtsunsicher, dass den mit Wahrnehmung der Interessen des Arztes betrauten Rechtsverständigen die erforderliche Sicherheit in Handhaben der Rechtsregeln der öffentlichen Versicherung abgeht. Infolgedessen wird es sowohl für den Vertrauensarzt der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, noch mehr aber für den Dirigenten einer Heilanstalt und den Privatarzt von Werth sein, nach dieser Richtung hin Aufklärung zu erhalten.

Recht zahlreich sind Weiterungen für den behandelnden Arzt dadurch verursacht worden, dass auf ausserhalb der Betriebsstätte ihres Arbeitgebers belegenen Arbeitsstätten beschäftigte Personen einen Unfall erlitten, welcher ärztliche Hilfe nothwendig, bisweilen sogar den Eintritt des Heilverfahrens am Orte des Unfalles unvermeidlich machte. In diesen wurde dann streitig, wer zum Tragen der dafür erforderlichen Aufwendungen verpflichtet sei, ob nämlich die Krankenkasse der Arbeitsstätte oder diese des Betriebssitzes oder keine derselben, vielmehr der Verletzte selbst bezw. sein Arbeitgeber. Je nachdem ist aber die Sicherheit für Tilgung des zustehenden Anspruches eine sehr verschiedene und ebenso der Gerichtsstand des zu Beklagenden. Jede gegen eine nicht verpflichtete Person erhobene Klage muss aber zur Abweisung derselben führen, welche nicht unerhebliche Gerichtskosten und Anwaltsgebühren verursacht, also dem entgangenen Honoraranspruche noch eine an sich vermeidbare Aufwendung hinzufügt. An derartigen Klagefällen trägt aber meist das geradezu unverständliche, auf Verkennen des gesetzgeberischen Willens beruhende Zurückweisen an sie herantretender Entschädigungsansprüche seitens der in Anspruch genommenen Krankenkassenvorstände die Schuld. Vornehmlich pflegen diese dann die Uebernahme der krankenkasslichen Fürsorge abzulehnen, wenn die Störung der körperlichen Unversehrtheit auf einen Unfall zurückzuführen ist, welchen der beschäftigte Arbeiter erlitt, bevor seine Anmeldung zur Krankenkasse durch seine Arbeitgeber erfolgte. Sie pflegen dabei von der rechtlich haltlosen Ansicht auszugehen, dass sie überhaupt befugt seien, eine bewirkte Anmeldung des Versicherungspflichtigen zurückzuweisen, insonderheit jedoch dann, wenn eine bereits erkrankte Person in Frage steht. War dies geschehen, auch seitens des Arbeitgebers nicht beanstandet, dann gelangt allerdings der Arzt nicht selten in die Lage, über die Person seines Honorarschuldners unsicher zu werden.

Nach dem Kranken-Versicherungs-Gesetz § 1 unterliegt jeder in einem gewerblichen Betriebe beschäftigte Arbeiter, dessen Arbeitsverhältniss nicht von vornherein auf kürzere Zeitdauer als eine Woche vereinbart wurde, der Versicherungspflicht und ebenso jeder Handlungsbedienstete mit einem unter 2000 Mark zurückbleibenden Jahreseinkommen, betreffs welches letzteren die Kündigungsfristen des Handels-Ges.-B. Artikel 61 bezw. die Gehaltfortzahlungspflicht aus Artikel 60 durch Vertrag abgeändert wurde. Jede dieser Personen wird auf Grund des Kranken-Vers.-Ges. § 5 mit § 19 kraft des Gesetzes in demjenigen Augenblick Mitglied der Gemeindeversicherung oder der für ihr Berufsfach sachlich und örtlich zuständigen Krankenkasse, in welchem sie die versicherungspflichtige Thätigkeit aufnimmt, unabhängig davon, ob sie fristgerecht daselbst angemeldet wurde oder nicht. Solches ist seitens der mit Entscheidngu dieser Streitfrage betrauten Spruchbehörden, nämlich des Preussischen Oberverwaltungsgerichtes in den Erkenntnissen vom 25. März und 29. April 1886 (Entsch. 13, S. 375, 379), 27. Februar 1888 (Selbstverw. 15, S. 93) und 5. Februar 1894 (Preussisches Verwaltungsblatt 15, S. 322), des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes am 15. März 1893 (Reger. Bd. 13 S. 374), des Reichsgerichtes in den Urtheilen vom 19. März 1894, Juristische Wochenschrift No. 35 S. 203 und 7. Februar 1895, Reichsanzeiger 1895 S. 131 rechtsgrundsätzlich anerkannt worden. Aus der entstandenen Mitgliedschaft entspringt jedoch für die Krankenkasse die Pflicht zur Gewährung der Fürsorge im Umfange der §§ 5 bezw. 21 und für den Arbeitgeber zur Zahlung der Beiträge gemäss § 52, welche gemäss § 55 von ihm zwangsweise beigetrieben werden, sobald er im Zahlungsverzuge bleibt. Nun legt ihm zwar § 49 eine An- und Abmeldepflicht auf; allein diese hat keine weitere Wirkung, als dass deren Unterlassen für ihn das Tragen der durch einen Krankheitsfall verursachten Aufwendungen auf Grund § 50

und Geldstrafen auf Grund § 81 nach sich ziehen kann. Zweck der Anmeldung geht lediglich dahin, der Kassenverwaltung die Kenntniss des Beitragspflichtigen zu verschaffen. Er hat mithin einen rein administrativen Charakter, insofern er blos die ordnungsmässige Kassenbuchführung herbeiführen soll. In den Rechtsverhältnissen zwischen der Krankenkasse und dem versicherungspflichtigen Arbeiter wird dadurch nichts geändert. Sie entspringen einzig und allein aus der Thatsache und mit dem Augenblicke der aufgenommenen versicherungspflichtigen Beschäftigung, mit deren Einstellen sie wieder erlöschen. Angesichts dieser unstreitigen, aus dem unzweideutigen Wortlaute der einschlagenden Gesetzesstellen und deren Entstehungsgeschichte sich ergebenden Rechtslage folgt als untrüglicher Schlusssatz, dass in dem Zeitpunkte, wann der Arbeiter bei einer Betriebsthätigkeit zu Schaden kam, also die Krankheitserscheinung eintrat, er bereits Mitglied der sachlich und örtlich zuständigen Krankenkasse gewesen ist, letztere mithin das Heilverfahren zu übernehmen und die Kosten desselben zu tragen hat.

Die Kassenvorstände halten sich berechtigt, die Entgegennahme einer frist und formgerecht erklärten Anmeldung abzulehnen, weil § 19 Abs. 3 die Gewährung eines Anspruches auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung ausschliesst. Allein sie übersehen, dass § 19 im Abs. 2 die Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen, aber im Abs. 3 der versicherungsberechtigten Personen regelt, weshalb diese ausschliessende Wirkung sich auch nur auf die letzteren, d. h. auf die freiwillige Versicherungsnahme, erstreckt. Aber selbst abgesehen von der Berechtigung ihres Vorgehens, können durch ihre Handlungen die rechtlichen Verhältnisse zwischen der Krankenkasse und dem erkrankten versicherungspflichtigen Arbeiter in keiner Weise berührt, vielmehr höchstens Rückgriffsansprüche auf Grund § 57 gegen den Arbeitgeber begründet werden. Dem erkrankten Arbeiter gegenüber bleibt die Verpflichtung zur Gewährung der krankenkasslichen Fürsorge dessenungeachtet in vollem Umfange bestehen, weshalb dem behandelnden Arzte oder der das Heilverfahren besorgenden Krankenanstalt gegenüber die sachlich und örtlich zuständige Krankenkasse zahlungsverpflichtet wird und sich aus dieser Verbindlichkeit nur durch den Nachweis zu befreien vermag, dass der Erkrankte nicht bei ihr, vielmehr bei einer Betriebs-, Innungs-, Bau-, Knappschaftskrankenkasse auf Grund seiner Beschäftigung die Mitgliedschaft erlangte, bezw. seine Versicherungspflicht wegen der Zugehörigkeit zu einer freiwilligen Hilfskasse aus §§ 5, 19 75 ruht. Mit der Einrede mangelnder Passivlegitimation wird deshalb die auf Zahlung des Arztlohnes oder der Kosten des Heilverfahrens beklagte Krankenkasse wenig Glück haben, wenn der klagende Theil in diesem Sinne seine Gerechtsame richtig wahrnimmt. Ob nämlich den ersteren ein Rückgriffsanspruch gegen eine andere zur Erfüllung der krankenkasslichen Fürsorgepflicht aus § 50 oder § 57 a berufenen juristischen oder physischen Person trifft, ist für den Austrag des Rechtsstreites zwischen dem Arzte, Apotheker, Krankenhause einerseits und der zuständigen Krankenkasse andererseits völlig bedeutunglos. Erstere haben deshalb nur darauf zu achten, ob aus persönlichen Verhältnissen eine Befreiung von der Krankenkassenpflicht besteht, wie bei Betriebsbeamten und Handlungsbediensteten, oder ob seiner Natur nach die Dauer des Arbeitsverhältnisses auf weniger als eine Woche in Aussicht genommen sein kann, wie z. B. bei Handlungen zum Zwecke des Richtens eines Gebäudes bezw. Dachstuhles.

Ist dagegen der Arzt von dem Erkrankten selbst oder von einer im Familien- oder Arbeitsverhältnisse zu demselben stehenden Person um seine Hilfsleistung angegangen und handelt es sich nicht blos um die erste Hilfe, welche abzulehnen aus Menschlichkeits- oder sanitären Gründen er nicht in der Lage ist, dann wird er allerdings die weitere Behandlung dem Vertrauensarzte der zuständigen Krankenkasse überlassen müssen oder aus dem ihm ertheilten und seinerseits angenommenen Auftrage nur seinen Auftraggeber beklagen können, diesem überlassend, seinerseits Rückgriff gegen die Krankenkasse zu nehmen. Allein selbst in diesem Falle handelt er vorsorglich, wenn er der zuständigen Krankenkasse Streit verkündet, um auf diesem Wege einem zweiten Rechtsstreite mit seinen wirthschaftlichen Folgen vorzubeugen, jedenfalls aber der Krankenkasse die Kosten des Vorrechtsstreites aufzubürden. Denn wenn der anmeldepflichtige Arbeitgeber es verabsäumte, eine aus unrichtigen Gründen zurückgewiesene Anmeldung, im gesetzlich (§ 58) vorgesehenen Rechtsmittelzuge, anzufechten, d. h. die Vorentscheidung der krankenkasslichen Aufsichtsbehörde, welche meist der Landrath bezw. die Gewerbeabtheilung grösserer Städte zu sein pflegt, in Antrag zu bringen und hiergegen Klage zu erheben, werden die Urtheilsgerichte leicht zu der Auffassung bestimmt, dass dadurch die Voraussetzungen der Eintrittsverbindlichkeit aus § 50 ihm gegenüber erstanden sein können, was wiederum gebietet, die Erörterung dieser Streitfrage gerichtlich mitzuregeln, um sich dadurch nichts für den späteren Rückgriffsrechtsstreit zu vergeben.

Als Endergebniss wird deshalb für die behandelnden Aerzte bezw. Dirigenten von Krankenhäusern festzuhalten sein:

1. Wenn eine erkrankte Person infolge ihrer Beschäftigungsart der Versicherungspflicht unterliegt, so wird sie kraft des Gesetzes Mitglied der Krankenkasse, gleichviel, ob deren Anmeldung zur Zeit der Erkrankung bereits bewirkt war oder nicht.
2. Hieraus entspringt für die Krankenkasse die Pflicht zur Uebernahme der Kosten des Heilverfahrens im Umfange des Krankenversicherungsgesetzes §§ 5, 20, 21.
3. Infolge dieser ist sie verbunden, die Ansprüche des Arztes oder Krankenhauses auf Arztlohn bezw. Erstattung der Aufwendungen des Heilverfahrens zu tilgen.
4. Der in Anspruch genommene Arzt hat jedoch die weitere Behandlung dem Vertrauensarzte der Krankenkasse zu überlassen.
5. Verabsäumt er solches, so verwirkt er das Recht zur Inanspruchnahme der Krankenkasse und kann sich wegen seiner Bezahlung blos an Denjenigen halten, welcher ihm den Auftrag zur Weiterbehandlung ertheilt hat.
6. Ein etwaiger Rechtsstreit darüber, ob aus rechtlichen Gründen die Krankenkasse fürsorgefrei, aber eine andere Person fürsorgepflichtig geworden sei, ist nur zwischen diesen zum Austrage zu bringen, weshalb der Arzt bezw. die Krankenanstalt sich hierauf nicht verweisen zu lassen braucht.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen den bestehenden Leiden und dem Unfalle liegt nicht vor unter Berücksichtigung früherer Syphilis.

Der Grubeninvalide Nikolaus C. zu Neu-Heiduck erlitt am 23. April 1894 auf der Königin Luise Grube eine Verletzung des rechten Auges. Der Sektionsvorstand lehnte den Entschädigungsanspruch ab, weil nach dem eingeforderten Gutachten des dirigirenden Arztes der Oberschlesischen Augenheilanstalt zu Gleiwitz die Sehnerventzündung nicht auf den Unfall, sondern auf Syphilis zurückzuführen sei. Die gegen den Sektionsbe-

scheid eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses sind zurückgewiesen worden. Gründe:

Wenn es auch einerseits feststeht, dass der Kläger am 23. April 1894 durch das Einfliegen eines Kohlenstückes in das rechte Auge einen Unfall erlitten hat, andererseits, dass die Sehkraft dieses Auges erheblich herabgemindert ist, so ist doch durch das erschöpfende und überzeugende Gutachten des Augenarztes, Stabsarztes a. D. St. zu Gleiwitz vom 29. November 1894 beziehungsweise 22. Februar 1895 erwiesen, dass die durch letzteren Umstand bedingte theilweise Erwerbsunfähigkeit des Klägers in keinem ursächlichen Zusammenhang mit jenem Unfalle steht. Für die Richtigkeit dieser Annahme sprechen verschiedene Umstände. Zunächst ist auch die Sehschärfe des anderen, bei dem Unfall in keiner Weise in Mitleidenschaft gezogenen linken Auges ganz bedeutend herabgesetzt, und wenn auch der Kläger behauptet, dass er am 24. Oktober 1892 auch auf diesem Auge durch ein Kohlenstückchen verletzt sei, so hat er es doch bisher unterlassen, wegen dieses Unfalls Entschädigungsansprüche zu erheben, woraus mit einiger Sicherheit zu entnehmen ist, dass er selbst der letztgenannten Verletzung keine Bedeutung beigemessen hat. Sodann handelte es sich bei der äusseren Verletzung um ein ganz anderes Krankheitsbild, als es die Augen des Klägers schon vorher boten und jetzt wieder bieten: dort trat eine Bindehautentzündung ein, jetzt liegt eine Sehnerventzündung vor. Endlich hat der vor dem Schiedsgericht eidlich vernommene Sachverständige, Professor Dr. W., an Kopf und Gesicht des Klägers eine grosse Anzahl Narben festgestellt, die er mit höchster Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zurückführt. Damit aber wird die Annahme, dass das Augenleiden des Klägers durch eine innere Krankheit verursacht ist, zur Gewissheit und es bedarf ebensowenig der nochmaligen Vernehmung des Augenarztes St., wie eine Vernehmung der vom Kläger darüber, dass er vor dem ersten Unfall auf seinen Augen vollständig gesund gewesen sei, vorgeschlagenen Zeugen; selbst wenn die letzteren eine Erkrankung der Augen an dem Kläger vor dem 24. Oktober 1892 nicht wahrgenommen hätten, würde daraus noch keineswegs folgen, dass eine solche nicht schon wirklich bestanden hat. (Rek.-Entsch. v. 15. 6. 95.)

Verlust des Endgliedes des linken Mittelfingers bedingt an sich keine Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Am 29. September 1893 zog sich der Hauer Thomas S. zu Siemianowitz auf Grube Laurahütte eine gewaltsame Amputation des Endgliedes des linken Mittelfingers zu.

Die dem Verletzten Anfangs gewährte Rente von 10 pCt. hat der Sektionsvorstand mit Ende Dezember 1894 eingestellt. Die eingelegten Rechtsmittel gegen diese Einstellung sind zurückgewiesen worden. Gründe:

Mag wirklich, wie der Kläger behauptet, zwischen seinem Verdienst vor und nach dem Unfall ein Unterschied bestehen, so kann darauf doch ein erhebliches Gewicht nicht gelegt werden, da dieser Unterschied sehr wohl auch in anderen Gründen als in dem Unfall seine Ursache haben kann. Dem Verlust des Endgliedes des linken Mittelfingers kann, wenn die Wunde gut verheilt ist, eine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Bedeutung im Allgemeinen überhaupt nicht beigemessen werden. Dass die Verheilung eine gute und von der Verletzung irgend welche Schwächung des Armes oder der Hand nicht zurückgeblieben ist, hat der Knappschaftsarzt Dr. F. überzeugend und glaubhaft unter dem 10. Dezember 1894 und 22. Februar 1895 begutachtet. Das R.-V.-A. hat deshalb den Renteneinstellungsbescheid des Vorstandes der Sektion VI vom 21. Dezember 1894 und das jetzt angefochtene Urtheil des Schiedsgerichts für gerechtfertigt erachten müssen.

(Rek.-Entsch. v. 8. 6. 95.)

Aus dem Reichsgericht.

Verantwortlichkeit der Giftverkäufer.

Die Bestimmungen des § 367 Z. 3 des Strafgesetzbuchs: „Mit Geldstrafe . . oder mit Haft . . wird bestraft, wer ohne polizeiliche Erlaubniss Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überlässt“ findet nach einem Urtheil des Reichsgerichts, I. Strafsenats, vom 8. April 1895, auch auf Handlungsgehilfen eines Geschäftsinhabers Anwendung, welche in dem Geschäftslokale Gifte oder nicht freigegebene Arzneien für Rechnung ihres Prinzipals verkaufen. „Mit einem gewissen Schein von Berechtigung könnte der Einwand erhoben werden, dass nicht der angeklagte Gewerbegehilfe, sondern der Inhaber des Drogengeschäfts der wirkliche Verkäufer gewesen sei, da jener nur als Beauftragter des Geschäftsinhabers dessen Verkaufswillen vollzog und für die zivilrechtlichen Wirkungen des Geschäfts, abgesehen von dem hier nicht mehr fraglichen Titel der Verschuldung, ausschliesslich die Personen des Geschäftsinhabers und des Käufers in Betracht kommen. Für sie war der Angeklagte nur Mittelsperson. Allein dieses zivilrechtliche Verhältniss ist in den strafgesetzlichen Bestimmungen nicht berücksichtigt. Die polizeiliche Natur des Verbots des Verkaufs gewisser Arzneimittel ausserhalb von Apotheken schliesst jedes Eingehen auf Unterscheidungen aus, die in der thatsächlichen Erscheinung nicht hervortreten. Nicht nur der gemeine Sprachgebrauch, sondern auch die Gesetzgebung bezeichnet die Handlungen der Gewerbsgehilfen, die sich unter den Formen des Verkaufs vollziehen, schlechtweg als Verkäufe (vgl. Art. 50, Handelsgesetzbuch) und dieser Begriff des Verkaufens ist daher jedenfalls dann zu Grunde zu legen, wenn gerade solche Handlungen in Frage stehen.“

Tagesgeschichte.

Der neue Cirkular-Erlass über das Aufnahme-, Entlassungs- und Revisionsverfahren von Privatirrenanstalten,

welches von den preussischen Ministerien des Kultus, des Innern, der Justiz unter dem 20. September d. Js. ausgegangen ist, dürfte unseren Lesern aus den politischen Zeitungen bereits im Wortlaut bekannt sein und die Besprechungen, welche viele dieser Blätter daran knüpften, beweisen zur Genüge, wie wenig man in weiteren Kreisen über die thatsächlichen Verhältnisse betreffs des Irrenanstaltswesens unterrichtet ist.

Nach den Auslassungen mancher Zeitungen scheint es, als ob hier etwas völlig Neues geschaffen wäre, als ob namentlich das in der Verfügung festgestellte Aufnahmeverfahren einem Zustande von Rechtsunsicherheit ein Ende bereitet hätte.

Und doch ist gerade in dieser Beziehung in vielen wesentlichen Punkten Alles beim Alten geblieben. Gerade der erste die Aufnahme betreffende Theil schliesst sich eng an die durch den Erlass aufgehobene Cirkular-Verfügung vom 19. Januar 1888 an.

So genau bedacht und umgrenzt der neue Erlass erscheint, wird sich doch erst aus der praktischen Anwendung ergeben, wie einzelne Bestimmungen von der Verwaltung gehandhabt werden. Die Verfügung umgreift nicht nur die Aufnahme der Geisteskranken, sondern ausdrücklich auch die der Epileptiker und Idioten in die Anstalten, welche gemäss § 30 der Gewerbeordnung als Privatirrenanstalten anzusehen sind. Dieser § 30 enthält bekanntlich die Bestimmung, dass Unternehmer von Privatkranken-, Privatentbindungs- und Privatirrenanstalten einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde bedürfen. Nirgends ist in diesem Paragraphen sowohl als in seinen Motiven oder Kommentaren der Begriff der Privatirren-

anstalt näher erklärt, namentlich nicht, wie man anzunehmen geneigt ist, als der einer geschlossenen Anstalt definirt. Wir haben uns, möglichst bei den massgebendsten juridischen Autoren, bei Kayser, Koller, Appelius, Stenglein und Kleinfeller, vergeblich danach umgesehen. In erfahrenen juridischen Kreisen erklärte man uns, dass, trotzdem die Bestimmungen über die Aufnahme freiwilliger Pensionäre auf geschlossene Anstalten hindeuten, gar kein Bedenken entgegenstände, diesen Erlass auf offene Anstalten bezw. auf Privatkrankenhäuser, wenn dieselben neben nervös bezw. körperlich Kranken Geisteskranke im gewöhnlichen Sinne des Wortes aufnehmen, auszudehnen. Hier könnte man wohl sagen, dass, was für den Einen recht ist, für den Anderen billig ist, und wir erinnern nur an eine Thatsache, wie ein Sanatoriumsleiter eine ihm übergebene durch Stupidität hilflose Dame mit Prügeln zu kuriren versuchte, um zu beweisen, dass überall dort, wo Seelenkranke untergebracht werden, deren Selbstbestimmung wesentlich beeinträchtigt ist, eine behördliche Kontrole wünschenswerth ist und von einem wissenschaftlich gebildeten und humanen Arzte nur als ein Schutz empfunden werden wird.

Ausserhalb des Geltungsbereichs des Erlasses scheinen diejenigen Anstalten für schwachsinnige Kinder geblieben zu sein, welche laut § 6 der Gewerbeordnung als Erziehungsanstalten konzessionirt sind, und wie aus den Verhandlungen des Med. Beamten-Vereins vom Jahre 1894 hervorgeht, nur von der Unterrichtsbehörde beaufsichtigt werden.

Was nun den Inhalt der Verfügung über die Aufnahme anbetrifft, so halten wir für eine wesentliche Verbesserung Folgendes: Früher genügte zur Aufnahme eines bereits entmündigten Geisteskranken die Beibringung des Entmündigungsbeschlusses. Daraus konnten, wie wir bereits in dieser Zeitschrift ausführten, sich Ungerechtigkeiten ergeben, denn nicht jeder entmündigte Geisteskranke ist auf alle Fälle anstaltsbedürftig. Jetzt kann zwar bei Kranken, die auf Antrag des ihnen wegen Geistesstörung bestallten Vormundes aufgenommen werden, von einem amtsärztlichen Attest abgesehen werden, doch ist immer ein privatärztliches Attest in der vorgeschriebenen Form erforderlich, welches die Nothwendigkeit der Aufnahme bezeugt.

Ferner kann von der nachträglichen amtsärztlichen Untersuchung abgesehen werden, wenn das vorgeschriebene ärztliche Zeugniss von dem ärztlichen Leiter einer öffentlichen Irrenanstalt oder einer psychiatrischen Universitätsklinik unter Beifügung des Amtscharakters ausgestellt ist. Diese Bestimmung darf man gewiss wie jede, welche die Aufnahme beschleunigt und erleichtert, für zweckmässig halten, sie durchbricht aber den anderweitig festgehaltenen Grundsatz, dass der Physikus für seinen Amtsbezirk der Behörde gegenüber als Träger einer besonderen fides publica zu gelten habe. Sie raubt auch manchem Medizinalbeamten einen Theil seiner Sporteln, während ihm die Bestimmungen über die Art und Häufigkeit der Anstaltsrevisionen ein gutes Theil Mehrarbeit geben, denn eine genaue Durchforschung des ganzen Betriebes, namentlich die Revision der Akten und Journale, wie sie sich aus den der Verfügung beigefügten Schematen ergeben, erfordert oft Tage. Es drängt sich aus solcher Steigerung der Physikatsgeschäfte jedem billig Denkenden aufs Neue die Ueberzeugung auf, dass jeder Fortschritt auf öffentlich hygienischem und sanitätspolizeilichem Gebiete ein Stückchen Medizinalreform, d. h. die Aufbesserung der materiellen Entlohnung der Medizinalbeamten zur unabweisbaren Nothwendigkeit macht.

Etwas wesentlich Neues bieten die Bestimmungen über die Leitung der Privatanstalten. Jede derselben soll ausnahmslos von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, der durch längere Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch als Volontär — sich die nöthigen Kenntnisse verschafft hat. Nur bei den an Privatanstalten bereits thätigen Aerzten kann, so lange sie bei derselben Anstalt verbleiben, vom Nachweise der geforderten Vorbildung mit Zustimmung des Regierungspräsidenten abgesehen werden. Wir glauben, dass die Zeit und die Praxis diese Bestimmung modifiziren wird. Gewiss giebt die öffentliche Anstalt in der Regel reichlichere Gelegenheit zur Ausbildung, aber wir haben unter den gegenwärtig wirkenden Psychiatern Männer, welche Zierden unseres Standes sind und nie an einer öffentlichen Anstalt thätig waren und können wir uns wohl vorstellen, dass auch in Zukunft es Aerzte geben wird, welche durch ihr wissenschaftliches und praktisches Wirken so hervorragen werden, dass sie ihre Qualifikation zur Anstaltsleitung über jeden Zweifel sicher stellen werden.

Das Kapitel, welches von der Beaufsichtigung handelt, schafft neben halbjährigen Revisionen durch den Physikus die vom Publikum erwünschten und von den Irrenärzten selbst mit Gleichmuth erwarteten Besuchskommissionen. Eins nur fragen sich die jetzigen Leiter von Privatanstalten: Wer werden die Besucher sein? Sollten Personen aus den Laienkreisen hereinberufen werden, welche von der Voraussetzung ausgehen, man käme in der Beurtheilung der Geisteskrankheiten mit dem ungelehrten Verstande weiter als mit der angeblichen Einseitigkeit der Fachausbildung, so wird diesen Herren, wenn sie in die vielverschlungenen Pfade des kranken Seelenlebens einzudringen versuchen, rasch vor ihrer Gottähnlichkeit bange werden. Sollten sich aber Aerzte darunter befinden, welche in ihrer Vorbildung lange nicht an die jetzt geforderte Qualität der Anstaltsleiter heranreichen, trotzdem aber die leicht zu erringende Aufmerksamkeit der Oeffentlichkeit dadurch auf sich zogen, dass sie sich in ihrem Urtheil über einzelne Fälle in möglichst schroffen Gegensatz zu erfahrenen Fachmännern setzten, so werden dieselben dort, wo sie durch ihre Wirksamkeit Unheil anrichten, hoffentlich auch die Konsequenzen davon zu tragen haben. L.

Der Kampf gegen das Geheimmittelwesen.

Wie verlautet, soll die einheitliche Regelung des Verbotes der Geheimmittel nunmehr durch übereinstimmende Polizeiverordnungen für die einzelnen Provinzen stattfinden. Der Polizei-Präsident von Berlin macht folgende Polizei-Verordnung bekannt:

Auf Grund . . . . . wird für den Umfang der Provinz Brandenburg und für den Stadtbezirk Berlin Folgendes verordnet:

§ 1. Die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln, welche dazu bestimmt sind, zur Verhütung oder Heilung menschlicher Krankheiten zu dienen, ist verboten.

§ 2. Uebertretungen dieser Polizei-Verordnung werden, falls nicht nach den allgemeinen Strafgesetzen eine härtere Strafe eintritt, mit einer Geldstrafe bis zu 60 Mk. oder im Unvermögensfalle mit verhältnissmässiger Haft geahndet.

§ 3. Die vorstehender Vorschrift entgegenstehenden Bestimmungen werden hiermit aufgehoben.

Potsdam, den 23. Oktober 1895.

Der Ober-Präsident, Staatsminister.
v. Achenbach.

Die Schwierigkeit im Kampfe gegen das Geheimmittelunwesen beruht in dem Umstande, dass es noch immer nicht gelungen ist, eine allgemein giltige, juristisch unanfechtbare

Definition für den Begriff des „Geheimmittels" zu geben. Zahlreiche gerichtliche Verhandlungen beweisen die Verschiedenheit der Auslegung dieses Begriffes seitens der einzelnen Gerichte.

B.

Zur Revision der Arbeiter-Versicherungsgesetze.

Im Reichsamt des Innern ist eine Konferenz zur Begutachtung einer Revision der Versicherungsgesetzgebung zusammengetreten. Wie verlautet, hat dieselbe zunächst mit der Berathung über eine Revision des Invaliditätsgesetzes begonnen. Dabei wurde die Frage der Feststellung der Invalidität einer Prüfung unterzogen und in dieser Beziehung mehrfach der Wunsch ausgesprochen, dass die Invalidität nicht mehr abhängig gemacht werde von einem bestimmten Arbeitsverdienst, weil eine solche Grenze zu grossen Ungerechtigkeiten führt, sondern dass man die Invalidität einfach dann anerkennen soll, wenn festgestellt ist, dass die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten ein Drittel der Erwerbsfähigkeit eines gesunden Versicherten derselben Art nicht mehr erreicht. — Ein Vorschlag, die Invalidenrente da beginnen zu lassen, wo die Leistungen der Krankenkassen aufhören, fand allgemeinen Anklang wenigstens insofern, als die jetzige Zwischenzeit von einem ganzen Jahr auf sechs Monate ermässigt werden soll. — Von ärztlicher Seite (?) soll dann der Wunsch ausgesprochen sein, dass die Invalidität, welche in Folge von geschlechtlichen Krankheiten eintritt, in Zukunft das Recht auf Rente nicht ausschliessen möge. — Der Präsident des Reichs-Versicherungs-Amtes Dr. Bödiker machte bemerkenswerthe Vorschläge für die Vereinfachung der Versicherungs-Organisation; er will die Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten der landwirthschaftlichen Arbeiter mit den landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften vereinigen und die Invaliditätsversicherung der industriellen Arbeiter den gewerblichen Unfall-Berufsgenossenschaften übertragen. Dieser letztere Vorschlag erscheint auch uns sehr empfehlenswerth; denn es würden dann jene strittigen Fälle leichter zu erledigen sein, in welchen ein geringer Unfall bei alten Arbeitern eine Invalidität herbeiführt. Bekanntlich weigern sich die Berufsgenossenschaften in solchen Fällen nur zu oft, das mitwirkende Alter des Verletzten als auch für sie entschädigungspflichtig anzuerkennen. B.

Kontrolle der Nahrungsmittel.

Auf dem VIII. internationalen Kongress für Hygiene stellte König über die Organisation die Nahrungsmittelkontrolle folgende Schlusssätze auf:

1. Die Kontrolle der Nahrungsmittel hat sich nicht nur auf Verfälschung und Reinheit, sondern auch auf die richtige Zusammensetzung der bestimmten Zwecken dienenden Nahrungsmittel, auf die Preiswürdigkeit derselben und darauf zu erstrecken, dass eine zweckmässige, d. h. eine gute und thunlichst billige Ernährung besonders in der unbemittelten Volksklasse immer mehr Eingang findet.

2. Der grosse Umfang der Chemie der Nahrungsmittel und die hohe Bedeutung der Kontrolle derselben bedingen, dass letztere nur von wirklichen Sachverständigen ausgeübt wird. Zur Erlangung derselben ist nothwendig, dass:

a) die Chemie der Nahrungsmittel an den Fachschulen als Lehr- und Forschungsfach eine genügende und mehr Berücksichtigung findet, als dieses bis jetzt der Fall ist;

b) eine besondere Prüfungsordnung eingeführt wird, die für eine hinreichende Vor- und Fachausbildung der Kontroll-Beamten Gewähr leistet.

3. Eine wirksame Kontrolle der Nahrungsmittel kann nur von einem öffentlichen Staats- oder Gemeinde-Untersuchungsamte ausgeübt werden, welches mit seinen Beamten und Einrichtungen nicht direkt vom Publikum abhängig ist.

4. Die Untersuchungsämter müssen mit Beamten, Einrichtungen und Mitteln so ausgestattet werden, dass sie allen Anforderungen gewachsen sind; aus dem Grunde ist nothwendig, dass an denselben neben dem Chemiker auch ein mit der Bakteriologie völlig vertrauter Mikroskopiker angestellt wird, dass ferner ärztliche und thierärztliche Fragen von einem Arzt und Thierarzt bearbeitet werden. Letztere können ihre Thätigkeit im Nebenamte ausüben.

5. Internationale Vereinbarungen über gesetzliche Massregeln und über einheitliche Untersuchungsverfahren für solche Nahrungs- und Genussmittel, welche internationale Handelsgegenstände bilden, sind dringend wünschenswerth.

(Zeitschrift f. Fleisch- und Milchhygiene.

Vergiftung durch Hühner-Eiweiss.

In einer Berliner Familie erkrankten sechs Personen nach dem Genusse einer Pudding-Sauce, bei deren Bereitung Eiweiss verwendet worden war, welches man wegen früherer Verwendung der Dotter durch etwa sechs Tage aufbewahrt hatte. Beim Quirlen dieses Eiweisses fiel es auf, dass dasselbe, welches in einem reinen Glasgefässe in dem Kaltschrank gestanden hatte, einen etwas faden Geruch und trübes Ansehen zeigte und sich nicht zu Schaum schlagen liess, letzteren aber erst nach Zugabe einiger frischer Eier bildete. Die fertige Speise zeigte im Geschmack nicht die geringste Abnormität und wurde mit dem grössten Appetit verzehrt. Ungefähr eine Viertelstunde später zeigten sich bei sämmtlichen Theilnehmern der Mahlzeit lähmungsartige Schwäche der gesammten Körpermuskulatur, beschleunigte Herzthätigkeit, starker Brechreiz, kurz Symptome, wie sie sich nach Intoxicationen mit Wurstgift zu zeigen pflegen, dieselben mussten zweifellos nur auf das im Beginn der fauligen Zersetzung begriffene Eiweiss zurückzuführen sein. Eine energische therapeutische Behandlung brachte wieder volle Genesung. Es liegt also in diesem Falle für allzu sparsame Hausfrauen die Warnung, ein mehrere Tage altes Eiweiss nach jeder Richtung hin auf seine Qualität zu prüfen. (Zeitschr. f. Nahrungsm.-Unters.)

Arbeiterversicherung und Armenpflege.

Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit hat zur Ermittelung der Einwirkung der Arbeiterversicherung auf die Armenpflege an 82 grössere, 71 mittlere und 96 kleinere Städte, sowie an 129 Landgemeinden, überhaupt an 378 Armenverwaltungen, einen Fragebogen gesendet. Aus 44 grösseren, 31 mittleren und 18 kleineren Städten, 17 Landgemeinden sind bis jetzt Antworten eingelaufen. Dr. Richard Freund, der jetzige Vorsitzende der Invaliden- und Altersversicherungsanstalt Berlin, zieht aus diesem Material nachstehende Schlussfolgerung: „Die Armenpflege ist in bedeutendem Masse von Unterstützungsfällen entlastet worden, welche nunmehr von der Arbeiterversicherung erledigt werden; die Arbeiterversicherung hat in erheblichem Masse die Arbeiterbevölkerung vor Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege bewahrt. Die Arbeiterversicherung hat aber auch auf die Hebung der gesammten Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsklassen schon jetzt einen derartig mächtigen Einfluss ausgeübt, dass die Armenpflege, indem sie diesem Umstande Rechnung zu tragen genöthigt war, die erzielten Ersparnisse durch Verstärkung und Ausdehnung ihrer Leistungen zumeist völlig einbüsste, ja vielfach darüber hinaus Aufwendungen machen musste.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW, Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Kgl. Bezirks-Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 23. Ausgegeben am 1. Dezember.

Unter welchen Voraussetzungen sind die sogenannten Ueberanstrengungen des Herzens direkte oder indirekte Folge eines Betriebsunfalls?

Von

Dr. med. **C. Schindler**-Berlin.

Nach einem in der Sektion 28 (Unfallheilkunde) auf der 67. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck gehaltenen Vortrag.

Der ärztliche Sachverständige hat in Unfallversicherungssachen sehr oft die Frage zu beantworten, ob ein äusseres Ereigniss, ein Trauma, mit der Erkrankung innerer Organe mittelbar oder unmittelbar in ursächlichem Zusammenhange steht. Blutungen aus den Lungen, dem Magen, ebenfalls solche des Gehirns werden seit dem Bestehen des Unfallversicherungsgesetzes fast in jedem einzelnen Falle von dem Erkrankten auf ein Trauma zurückgeführt und deshalb Entschädigungen beansprucht, obwohl die Vorbedingung hierfür, ein Betriebsunfall, meistens fehlt. Bei dem oft sehr langwierigen Verlauf chronischer innerer Krankheiten treten in natürlicher Fortentwickelung derselben entweder allmählig, subacut oder plötzlich akut Verschlimmerungen in dem Befinden der Patienten ein, welche gerade während der Arbeit oft zum ersten Male sich geltend machen. Müssen doch die meisten an einem chronischen Uebel Leidenden nichtsdestoweniger ihrem oft anstrengenden Gewerbe nachgehen, so dass ganz selbstverständlich in der Mehrzahl die inneren Krankheiten nur bei Gelegenheit einer alltäglichen und oft während vieler Jahre gewohnheitsmässig geleisteten Arbeit zum ersten Male sich unangenehm bemerkbar machen, ohne mit derselben ursächlich in einem Zusammenhange zu stehen. Von einem Betriebsunfall kann dann natürlich nicht gesprochen werden. Wenn aber von einem Rentenanwärter ein inneres Leiden auf einen Stoss, Fall, Schlag auf eine körperliche Anstrengung, auf „Verheben“ zurückgeführt wird, so wird der ärztliche Sachverständige sehr sorgfältig prüfen und erwägen müssen, ob die vorhandene innere Erkrankung überhaupt durch ein Trauma erzeugt werden kann, ob ferner ein Trauma heftig genug war, um erfahrungsgemäss ein inneres Leiden akut hervorrufen oder bei schon vorherigem Bestehen wesentlich verschlimmern zu können. Einige innere Erkrankungen sind, wenn sie durch ein Trauma hervorgerufen werden, von einer heftigen Depression des Nervensystems, einem Choc begleitet, welcher zu sofortiger Arbeitsunfähigkeit führt. Das ärztliche Gutachten wird deshalb ferner grossen Werth darauf legen, wie lange nachweislich nach einem angeblichen Unfall der Kranke noch zu arbeiten im Stande war. Ebenso, wenn eine Körperanstrengung als Ursache innerer Krankheit angeschuldigt wird, muss der Arzt sich darüber vergewissern, ob der Kranke eine nicht alltägliche, aussergewöhnliche Arbeit verrichten musste, welche entweder besondere Anforderungen an die Kraft oder die Geschicklichkeit des Arbeiters erheischte. Alle diese äusseren Begleitumstände bilden die breite Basis, auf welcher ein jedes ärztliches Gutachten über den Zusammenhang innerer Krankheiten mit einem Betriebsunfall fundirt sein muss. Es ist selbstverständlich, dass viele dieser Fragen in genauer einwandsfreier und beweiskräftiger Weise nur durch die berufenen Feststellungsorgane, die Berufsgenossenschaften beantwortet werden können durch Vernehmung von Zeugen, der Fabrikleiter und Direktoren und die Ergebnisse der polizeilichen Verhandlung. Alles dieses ist in den Akten über den betreffenden Unfall niedergelegt, welche dem beauftragten Gutachter zugeschickt werden. Nur dieser kann daher zu einem richtigen Urtheil gelangen, weil er allein von richtigen Voraussetzungen bei Abfassung des Gutachtens ausgeht. Es kann daher nicht genug die Unsitte getadelt werden, ohne Auftrag den Unfallverletzten auf ihren Wunsch und gegen ihre Bezahlung Gutachten in die Hand zu geben, um damit eine höhere Rente oder eine Rente überhaupt zu erstreben. In diesen Fällen fehlt dem Arzt die Kenntniss des Akteninhaltes, er ist lediglich auf die oft unzuverlässigen Aussagen der Verletzten angewiesen, er wird daher nur ganz werthlose und unzureichende „Atteste“ ausstellen können, welche von den Rekursinstanzen auch nach ihrem wahren Werthe geschätzt werden. Diese Atteste nützen dem Verletzten nichts, schaden nur dem Ansehen der Aerzte und verzögern die rasche Erledigung der Angelegenheit. Der Verletzte kommt stets zu seinem Recht, ohne dass er sich selber Gutachten für die Rekursinstanzen besorgen muss; es ist nichts weiter nöthig, als dass er innerhalb der gesetzmässigen Frist unter Angabe seiner Beschwerde Berufung einlegt. Das Schiedsgericht und das Reichsversicherungsamt sorgen dann für die Nachuntersuchung durch zuverlässige Sachverständige. Die Entscheidung über den Zusammenhang innerer Krankheiten mit einem Unfall wird um so schwieriger, je weniger bekannt

oder je weniger begrenzt die Aetiologie einer Krankheit ist. Es kommt hinzu, dass oft ganz verschiedene Krankheitsursachen gleiche Wirkungen haben und in einem und demselben Organ ganz gleichartige Veränderungen hervorrufen. Die Erkrankungen des Herzens bieten hierfür ein beredtes Beispiel, indem der Endeffekt aller Schädlichkeiten, von welchen das Herz betroffen werden kann, stets die Jnsufficienz, die Ermüdung desselben ist. Dieses funktionelle Leiden wird nun meist wieder von denselben anatomischen Veränderungen begleitet, welche zu einer Vergrösserung des Herzens geführt haben. Wenn es auch sicher bewiesen ist, dass die Ermüdung des Herzens mit gleichzeitiger Vergrösserung unter ganz besonderen Umständen unmittelbar nach einem Trauma sich einstellen kann, so muss immer und immer wieder gemahnt werden, dass diese plötzliche Entstehung eines Herzleidens die seltenere ist und stets sogleich die alarmirendsten Krankheitserscheinungen hervorruft.

In der Regel aber hat der ärztliche Gutachter in Unfallversicherungssachen sich mit chronischen und aus inneren Ursachen entstandenen Herzvergrösserungen zu beschäftigen, welche nur deshalb auf ein Trauma zurückgeführt werden, weil ein Kranker überhaupt und namentlich ein gegen Unfall versicherter Kranker gern jedes Leiden aus einer bestimmten äusseren Veranlassung herzuleiten sich bestrebt. Im Vordergrunde des Interesses stehen daher diejenigen Herzleiden, welche bei völliger Gesundheit aller übrigen Organe des Körpers einzig und allein und ganz allmählich durch jahrelang fortgesetzte schwere körperliche Arbeit entstehen, meistens völlig unbemerkt bleiben und erst dann mehr oder weniger plötzlich in die Erscheinung treten, wenn das Herz so abgearbeitet ist, dass es nicht mehr normal funktioniren kann. Es handelt sich hierbei stets um primäre Herzvergrösserungen, meistens gefolgt von Insufficienzerscheinungen an den Herzklappen, ohne dass dieselben irgendwie anatomisch erkrankt sind; zahlreiche Sektionen haben dafür den Beweis erbracht. Die primäre Herzvergrösserung in oft erstaunlichem Grade war schon Corvisart wohlbekannt und auch von ihm in seinem klassischen Werke beschrieben worden. (Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux, 1811.) Als aber Laennec vermöge der Auskultation gelehrt hatte Herzgeräusche wahrzunehmen, und die Forscher mehr und mehr fast ausschliesslich dem Studium dieser ihre Zeit widmeten und den Zusammenhang von Herzvergrösserungen mit Klappenfehlern entdeckten, als dann später Bouillaud als häufigste Ursache der Klappenerkrankungen den Gelenkrheumatismus fand, war die alte Lehre Corvisarts von der primären Herzvergrösserung vergessen und der Grundsatz aufgestellt worden, dass das Herz überhaupt nur sekundär erkranke infolge von Veränderungen an den Herzklappen. Späterhin lernte man ausser dem Gelenkrheumatismus und der Endocarditis noch andere Ursachen kennen, welche sekundär zu Herzvergrösserungen führen, Nierenerkrankungen, Abusus von Alkohol, Tabak, Luxuskonsumption, chronische Lungenkrankheiten, Emphysem und besonders chronische Entzündungen des Rippenfells mit Verwachsungen desselben. Immer aber wurde daran festgehalten, dass die Herzvergrösserungen nur sekundäre, Folge anderer Organerkrankungen des Körpers seien. Einer der Ersten, welche die primäre Entstehung von Herzvergrösserungen, Hypertrophieen und Dilatationen der Herzhöhlen, wieder der wissenschaftlichen Welt in Erinnerung brachten, war Peacock, welcher inmitten einer schwer arbeitenden Bevölkerung, der Cornwalliser Minenarbeiter, wohnend, so häufig bei überaus kräftigen Arbeitern, die nie an Gelenkrheumatismus gelitten oder sonst irgendwelche Erkrankungen durchgemacht hatten, Dehnungen, Erweiterungen der linken Herzkammer mit Insufficienz der Mitralis fand, dass er sich zu folgender Aeusserung gezwungen sah: „Diese Herzfehler sind gewöhnlich nicht die Folge eines Rheumatismus, ebensowenig können sie auf einen Schlag oder eine Verletzung zurückgeführt werden, sondern sie hängen mit der körperlichen Ueberanstrengung der Arbeiter zusammen. Aber erst vor fünfundzwanzig Jahren, kurz vor und nach dem denkwürdigen Jahre 1870 wurden mehrere umfangreiche, sehr sorgfältige Abhandlungen von Engländern und auch von Deutschen ziemlich gleichzeitig und ganz unabhängig von einander veröffentlicht, welche, gestützt auf langjährige klinische Beobachtungen und zahlreiche Obduktionen, die primäre Entstehung von Herzvergrösserungen mit relativer Insufficienz der Klappen gegen jede feindliche Kritik sicher stellten. Seitz damaliger Assistent an der Züricher Klinik von Biermer hat das Verdienst, zuerst die deutschen Aerzte mit diesen Herzerkrankungen nach schwerer Körperarbeit bekannt gemacht zu haben, indem er seine eigene Arbeit mit den kurz zuvor veröffentlichten Abhandlungen der Engländer Thomas Clifford Albutt, Myers, Da Costa und des deutschen Stabsarztes Thurn, zusammen in einem Buche unter den Titel „Zur Lehre der Ueberanstrengung des Herzens“ herausgab. Man könnte mich fragen, mit welchem Rechte ich alte, bekannte Dinge so weitschweifig behandle? Dieses Recht begründe ich mit den Worten Leydens, des hervorragendsten Kenners der Ueberanstrengungen des Herzens, welcher 1886 in seiner schönen Arbeit über dieses Thema klagt, dass diesem in der Praxis so wichtigen Gegenstande das ärztliche Publikum nur ein vorübergehendes Interesse entgegengebracht habe, eine weitere Förderung auf diesem Gebiete aber kaum stattgefunden hat. Der Name „Ueberanstrengung des Herzens“ erregte vielfach Anstoss und er ist besonders für den Gutachter und den Richter in Unfallversicherungssachen nicht sehr zweckmässig gewählt. Eine Ueberanstrengung kann sehr wohl unter Umständen den gesetzlichen Begriff des Betriebsunfalles vollständig erfüllen, während alle Autoren unter Ueberanstrengung des Herzens nur chronische, durch jahrelang fortgesetzte schwere Körperarbeit aus mechanischen Ursachen entstandene Herzkrankheiten bezeichnen wollten, welche als Berufs- und Gewerbekrankheiten nicht von den Berufsgenossenschaften, die nur für Folgen eines Unfalls aufkommen müssen, entschädigt werden dürfen. Es empfiehlt sich daher in Uebereinstimmung mit Fraentzel, diese Herzkrankheiten, welche durch lange fortgesetzte, schwere Körperarbeit entstehen, als selbstständige Ermattung, spontane Erweiterung oder Herzvergrösserungen ohne Klappenfehler zu bezeichnen. Als Ueberanstrengungen des Herzens aber will derselbe Autor „nur wohlcharakterisirte“ Krankheitsfälle benannt wissen, bei welchen eine einmalige oder in kurzen Zwischenräumen mehrmals erfolgende, genau bekannte und bestimmt nachweisbare abnorm grosse Körperanstrengung durch zu grosse Drucksteigerung im Aorten-, auch wohl ausnahmsweise im Pulmonalarteriensystem eine akute Dehnung des linken oder rechten Ventrikels hervorgerufen hat. Von den Engländern sind aber als Folgen schwerer Körperarbeit nicht nur Vergrösserungen des Herzens, sondern auch gewisse Erkrankungen der Aorta gefunden worden, welche degenerativer Natur und als Atheromatose bekannt sind. Die Ursache aller dieser Veränderungen an den Gefässen, den Klappen und dem Muskel des Herzens ist lediglich die beständige Drucksteigerung im Aorten- oder Pulmonalarteriensysteme. Es ist bekannt, dass Verengerung von Kapillaren und Gefässen eines Stromgebietes in dem nächst höheren Blutdrucksteigerung erzeugt. Wir wissen, dass bei jeder Muskelkontraktion die Kapillaren und feinen Arterien komprimirt werden. Es findet daher bei jeder körperlichen Arbeit, durch welche immer verschiedene Muskelgruppen zu gleicher Zeit in Thätigkeit gesetzt werden, eine erhebliche Drucksteigerung im Aortensystem statt,

welche bei abnormen Kraftleistungen eine plötzliche und gewaltige ist. Die Folge dieser Drucksteigerung im Aortensystem ist eine Anhäufung des Blutes im linken Ventrikel, welcher sich desselben durch vermehrte Arbeitskraft entledigen muss und die Reservekräfte zu Hilfe nimmt. Nur dadurch kann unter günstigen Umständen durch die jedesmalige Blutüberfüllung des Herzens die Dehnung, die Dilatation verhindert werden. Ist aber die Drucksteigerung eine sehr plötzliche und sehr gewaltige, oder das Herz von Natur schwach und wenig widerstandsfähig, so genügen die Reservekräfte dem ersten Ansturm nicht, es bildet sich zunächst eine Dilatation aus, eine Dehnung der linken Herzkammer. Erst allmählich können dann bei guter Ernährung, bei leistungsfähigem Herzen die Reservekräfte sich genügend entwickeln, um eine weitere fortgesetzte Dehnung zu verhüten und dieselbe durch Hypertrophie, Zunahme der Muskulatur zu kompensiren. In manchen Fällen jedoch bleibt die Dilatation dauernd bestehen, die Hypertrophie bleibt aus von vornherein oder sie ist auf die Dauer nicht zureichend, um den weiteren Fortgang der Dehnung des Herzens zu hemmen. Ganz gleiche Folgen haben für die rechte Herzkammer die Drucksteigerungen im Pulmonalarteriensystem, mit dem einzigen Unterschied, dass die schwächere Muskelwand der rechten Herzhöhle bei Weitem nicht in dem Masse wie die linke Widerstände im Blutkreislauf besiegen kann. Jede Behinderung der Respiration, der Ausdehnung des Brustkorbes, erzeugt Widerstände für den Pulmonalarterienkreislauf, weil die Saugkraft des Thorax vermindert ist. Bestehen nun beide Ursachen, gleichzeitig abnorm grosse, einmalige oder fortgesetzte grosse Körperanstrengung und Behinderung der Athmung, zum Beispiel durch Tragelasten, so werden rechter und linker Ventrikel gleichzeitig betroffen und das ganze Herz ist dann vergrössert.

Lediglich aus diesen mechanischen Ursachen entwickelten sich die Hypertrophieen und Dilatationen der Herzventrikel durch Kriegsstrapazen, welche Fraentzel nach dem Kriege 1870 beobachtete. Es waren die erkrankten Soldaten vorher völlig gesund gewesen und auch später war ausser der Herzvergrösserung keine andere Organerkrankung des Körpers vorhanden. Die Strapazen waren eben sehr grosse, eilige und schwierige Märsche mit oft kurzen Unterbrechungen, steile Höhen, welche kämpfend erklommen werden mussten, die scharfe Kälte des Winters erzeugten Drucksteigerungen in Aorten oder Pulmonalarteriensystem und schliesslich Dilatationen und Hypertrophien der rechten oder linken Ventrikels. Myers, Da Costa hatten gleiche Beobachtungen in der englischen Armee gesammelt. Schwere Arbeit, wie sie von Schmieden, Schiffern, Weinbauern etc. verrichtet werden, verursacht auch unter Civilbevölkerung die gleichen Veränderungen des Herzens. Ueberaus häufig und in scharf ausgeprägter Form zeigten sie sich bei den Tübinger Weinbauern, welche bei kümmerlicher Ernährung Tag für Tag die steilen Weinberge- hinauf- und herabklettern, stets mit einen schwer beladenen Tragekorb auf dem Rücken, sodass auch die Blut- und Luftcirkulation in den Lungen eine beschränkte ist. Diese Tübinger leiden daher an Emphysem und an Dilatationen des rechten und linken Ventrikels, welche Münzinger unter dem Namen „Tübinger Herz“ beschrieb, weil durchweg eine andere Erklärung der Krankheit als die schwere Berufsarbeit nicht aufgefunden werden konnte. Aber keineswegs leidet durch schwere Körperanstrengung nur der Herzmuskel allein; Albutt und Myers haben sehr häufig charakteristische Veränderungen an der Aorta in ihrem Anhangstheil und an den Klappen gefunden, welche theils als atheromatöse Auflagerungen theils als Aneurysmen sich erwiesen. Gerade mit diesen Degenerationen der Aorta wurde lange Zeit hindurch stets die Lehre der primären Entstehung von Herzvergrösserungen bekämpft. Infolge der primären Syphilis und Arteriosclerosis sei die Herzvergrösserung erst sekundär entstanden.

Die Bedeutung der Syphilis für die Atheromatosis der Aorta sollte zwar damals und auch heute nicht geleugnet werden, sie sollte nur eingeschränkt werden. Die englischen Autoren stellten unzweifelhaft fest, dass die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankung beim Militär und Civil die gleiche sei und trotzdem in der Armee die degenerative Entartung der Aorta ungleich häufiger sei als in der Civilbevölkerung. Als charakteristische Folgen der schweren Körperarbeit und der hierdurch erzielten Blutdrucksteigerung im Aortensystem zeigten sich Ausweitungen der Aorta gerade in ihrem Anfangsteile, auf welchem der höchste Blutdruck lastet. Wir haben gesehen, dass die Herzhöhlen mit Blut überfüllt sind, dass infolge dessen der linke Ventrikel meistens hypertrophisch wird, um die vermehrte Arbeitskraft überwältigen zu können. Die Aorta kann nicht hypertrophisch werden, sie wird einfach überdehnt, verliert immer mehr und mehr an Elastizität und wird ein schlaffer Sack, welcher nur noch ungenügend das Blut in der Richtung der Peripherie hin auswerfen kann. Besonders oft leidet der Sinus valsalvae. Nun finden auch stets miliare Verletzungen der Arterienhäute statt, indem von dem meist stark hypertrophischen Ventrikel das Blut sehr kräftig in die Aorta hineingeworfen wird, so dass mit der Zeit neben der Ausweitung auch atheromatöse Verdickung der Aorta sich einstellt. Die Verdickung der Aorta ist nichts Anderes als der Heilungsprozess der stetigen miliaren mechanischen Verletzungen der Arterienhäute. Daher finden sich auch häufig an den Herzklappen Auflagerungen, Verdickungen, Verkalkungen lediglich aus mechanischen Ursachen, indem das mit übergrosser Gewalt aus dem Ventrikel hinausgeworfene Blut mit übergrosser Gewalt auf die Klappen zurückfällt, sie zu stark anspannt. Meistens bleiben dieselben trotzdem schlussfähig, oft aber stellt sich Regurgitation ein, ohne dass eben ein typisches Klappenvitium vorliegt. Wie verhält es sich mit der allgemeinen Arteriosclerosis, ist sie wenigstens das Primäre und die Herzvergrösserung das Sekundäre? Traube war der Erste, welcher diesen Zusammenhang entdeckte und auch für sicher hielt. Aber gegen Ende seines Lebens sah er sich durch zahlreiche Obduktionsbefunde gezwungen, zu erklären, dass Arteriosclerosis und Herzvergrösserung stets nur die Wirkung einer gemeinsamen Ursache sei, der Drucksteigerung im Aortensystem; einmal bewirke sie Arteriosclerosis, einmal nur Herzvergrösserung ohne Aortitis und unter günstigen Umständen beides zugleich. So sagt auch Albutt mit Recht in Bezug auf die primäre Entstehung von Herzvergrösserung durch schwere Arbeit: „Dass nach dem Tode die Aorta atheromatös gefunden wird, ist durchaus kein zwingender Beweis für die recht bequeme Annahme, dass das Atherom vorausgegangen sei.“ Indem ich nun zur Schilderung der klinischen Symptome übergehe, will ich nur noch die relative Insufficienz der Mitralis und Tricuspidalis erwähnen, welche so viel zu der irrthümlichen Diagnose eines Herzfehlers beitgetragen hat, während doch nur eine spontane Ermattung des Herzens durch die schwere Berufsarbeit bei völliger Integrität der Klappen vorlag. Die relative Insufficienz der Vorhofsklappen beruht lediglich auf der mangelhaften Anpassung derselben an den stark überdehnten und gestreckten Ventrikel, so dass die ausgeweitete Vorhofsmündung gegen den Rückfluss des Blutes nicht genügend abgeschlossen werden kann.

Die klinischen Krankheitserscheinungen sind gekennzeichnet durch die Insufficienz der Herzens und deren bekannte Folgen, Dyspnoe, Oedeme, Transsudate, vor Allem unregelmässige Herzthätigkeit, Delirium und Tremor cordis, beschleunigter unregelmässiger Puls. Da die Insufficienzerscheinungen stets die

gleichen sind, mögen sie bei einem primär oder erst sekundär erkrankten Herzen auftreten, so liegt der diagnostische Schwerpunkt bei den Herzvergrösserungen nach schwerer Körperarbeit einmal in der monotonen Anamnesis, welche gar keine anderen Anhaltspunkte gewährt als strenge harte Arbeit während des ganzen Lebens und dann in dem Nachweis der Integrität der Organe und dem Ausschluss derjenigen Ursachen, welche sekundär zu Herzvergrösserungen führen. Einige Symptome sind aber doch, wenn auch nicht pathognomonisch, so doch sehr charakteristisch und für die Begutachtung von ausschlaggebender Bedeutung. Aus den zahlreichen sehr genau geführten Krankengeschichten mit den Obduktionsprotokollen, aus den Auffassungen und Beobachtungen der massgebenden Autoren geht mit Sicherheit hervor, dass die streng und schwer arbeitenden Werkleute, diese Heroen der Arbeit von meist kräftigem, oft herkulischem Körperbau, schon jahrelang mit ihrem vergrösserten Herzen und all den beschriebenen Veränderungen an der Aorta behaftet, doch noch ihrem anstrengenden Beruf nachgehen, anscheinend in völliger Gesundheit, bis sie mit einem Male nicht mehr in gewohnter Weise die bisherigen Kraftanstrengungen ertragen. Die Insufficienz des Herzens tritt mit einem Male mehr oder weniger akut aus diesem oder jenem Grunde ein, wie Fraentzel sich charakteristisch ausdrückt. Der Arbeiter, der bis zu diesem Augenblick sich im Vollbesitz seiner Kräfte befand, wird es nicht verstehen, dass seine jetzige Arbeitsfähigkeit nur der Schlusseffekt einer seit Jahren langsam aber stetig fortgeschrittenen Krankheit ist und wird, wie alle Laien, die Entstehung derselben in die allerletzte Zeit verlegen, in welcher zum ersten Male das alte Leiden sich bemerkbar machte. Und ferner, da er stets gesund war, sucht er in einer nebensächlichen äusseren Gelegenheitsursache die direkte Veranlassung seiner Erkrankung. Dann wird der „Unfall“ angemeldet. Und auch viele Aerzte, dadurch verleitet, dass der Mann bisher nie krank gewesen war, erklären dann, dass die Krankheit möglicherweise die Folge eines „Unfalles“ sei. Seitz gab folgende Schilderung: „Es kommt ein Mann ins Spital in den besten Jahren oder über die Blüthe hinaus oder schon ziemlich betagt, aber noch frei von greisenhaften Veränderungen, zeitlebens ist er gesund gewesen, des Bestimmtesten giebt Jeder an: von den Beschwerden, die ihn jetzt belästigen, habe er früher nie etwas gewusst. Er war immer kräftig und stets fähig, durch harte Arbeit, durch Körperanstrengung sein Brod zu verdienen als Handlanger, Brauknecht, Schiffmann. Auf einmal verträgt er die Kraftanstrengungen, bisher sein Stolz und seine Stütze, nicht mehr. Muss er Lasten heben, rascher gehen, so bekommt er Herzklopfen Dyspnoe, ein Druckgefühl beengt die Brust, es ist, als läge Blei um das Herz. Oder auf einmal überkommt ihn ein Ohnmachtsanfall, ein Schwindel oder selbst ein schwerer Nervenzufall. Anfangs zwingt sich der Kranke noch, aber es geht nicht mehr, seine Leistungsfähigkeit ist dahin.“ Bedeutsam für die richtige Diagnose sind die Insufficienzgeräusche an den Klappen; wir wissen schon, dass die letzteren anatomisch ohne krankhafte Veränderungen geblieben sind. Die relative Insufficienz der zwei und dreizipfligen Klappe machte zuerst natürlich grosse Schwierigkeiten und sie gaben die Anregung zur Arbeit von Seitz. Man hörte systolische, präsystolische Geräusche, schabende, reibende, leicht anstreifende Geräusche und war sicher, einen Klappenfehler, eine alte recrudeszirende Perikarditis erkannt zu haben. Aber am nächsten Tage waren die Geräusche anders in der Klangfarbe, leiser an der ursprünglichen Stelle ihrer Wahrnehmung lauter an einer anderen, wo sie bisher nicht zu hören waren. Man wurde unsicher in der Diagnose, es klappte nicht. Die Geräusche verschwanden und statt ihrer traten reine Töne auf. Dann wurden die Töne unrein, bald begleitet von einem Geräusch, bald nicht. Schliesslich hörte man lange Zeit die Geräusche wieder wie zuerst und man hielt fest an der Diagnose eines Klappenfehlers. Der Mann oder die Frau starb, die Sektion wurde gemacht und die Klappen waren zart, gesund, schlussfähig, nur das Herz war vergrössert, oft nur in bescheidenem Umfange, oft wieder kolossal. Dasselbe Spiel wiederholte sich bei mehreren Fällen. Nie waren irgend welche Erkrankungen der Nieren oder der Lungen etc. gefunden worden, es blieb als einzige Ursache nur die gewohnheitsmässige Verrichtung schwerer Arbeit übrig. So lernte man allmählich, geleitet durch die Inkonstanz der auskultativen Wahrnehmungen, die Vergrösserung des Herzens bei sonst gesunden Organen, durch die Angabe des Kranken, nie leidend gewesen zu sein, stets schwer gearbeitet zu haben, die richtige Diagnose zu stellen. Der Erwähnung bedarf noch der Praekordialschmerz, welcher meist die spontane Ermattung des Herzens, die Insufficienz, einleitet. Der Praekordialschmerz ist für den ärztlichen Gutachter deshalb von so grosser Bedeutung, weil ein Schmerz, der plötzlich bei der Arbeit auftritt und in Kurzem zur Einstellung derselben führt, gern auf einen Druck gegen die Brust, eine Erschütterung, eine Ueberanstrengung bei der gewöhnlichen alltäglichen Arbeit zurückgeführt und das Leiden als Folge eines „Unfalles“ geltend gemacht wird. Warum mit einem Male das Herz ermüdet, insufficient wird, das bis zu diesem Augenblick noch kräftig arbeitete, wissen wir nicht; aus diesem oder jenem Grunde, sagt Fraentzel. Die feineren Lebensvorgänge in den Ganglienzellen werden die letzte Ursache sein, aber wir kennen dieselbe nicht. Morgens verlassen wir einen Herzkranken mit ruhigem regelmässigen Pulse, mit ruhiger Athmung, Abends finden wir ihn nach Luft ringend, mit beschleunigtem unregelmässigen Pulse. Eine äussere Beschädigung irgend welcher Art hat nicht stattgefunden, ein Diätfehler ist nicht begangen worden, was war geschehen? Woher der Umschwung an einem Tage? Wir haben darüber nur Vermuthungen. Wir wissen aber und das genügt für die Begutachtung, dass in den so zahlreichen gut beobachteten Krankheitsfällen der robuste Arbeiter, der bisher nie krank war, aber sein vergrössertes Herz hatte, plötzlich von einem unangenehm brennenden Schmerz, dem Praekordialschmerz befallen wird und das Herz in seiner Thätigkeit gleichzeitig zu ermüden beginnt. Der eine wurde am Tage zufällig während der Arbeit, der andere beim Mittagessen in der Pause hiervon ereilt, ein anderer in der Nacht im Bett. So sehen wir einen Rentier (citirt bei Leyden, Zeitschrift f. klin. Medizin Bd. II) morgens, als er die Zeitung las, beim Kaffee plötzlich von einem Praekordialschmerz überrascht werden.

Leyden diagnostizirte eine Herzvergrösserung, wie sie durch schwere Arbeit erzeugt wird und war erstaunt, dieselbe bei einem Manne der besseren Stände zu finden. Aber es war alles in der Ordnung, der Rentier war jahrelang in Australien in den Goldgruben thätig, hatte unter grossen Entbehrungen starke Körperanstrengungen erdulden müssen. Er gab schliesslich doch diese mühsame Thätigkeit auf und zog sich zurück, in behaglicher Ruhe seine Tage verbringend. Inmitten derselben, nach vielen Jahren erst, macht sich plötzlich das einst erworbene Herzleiden durch einen Präkordialschmerz geltend. Nie aber ist derselbe, obwohl er sich plötzlich einstellt, bei einer chronischen Herzvergrösserung so heftig, dass sofortige Arbeitsunfähigkeit oder gar Choc des Nervensystems eintritt: die Erkrankten sind durch den unangenehmen Schmerz zwar belästigt, arbeiten aber noch einen halben Tag, ja oft mehrere, bis sie weniger noch in Folge des Schmerzes als vielmehr der Athemnoth, des Herzklopfens ihre Thätigkeit einstellen. Ganz anders tritt der Praekordialschmerz auf, wenn ein vorher gesundes Herz in Folge eines heftigen Trauma plötzlich insufficient

leistungsunfähig wird, wenn nach der uns bekannten Definition Fraentzels eine Ueberanstrengung des Herzens stattfindet. Entweder können hierdurch die Klappen einreissen oder theilweise abreissen, akute Aneurysmen der Aorta entstehen oder akute Dilatationen, Ueberdehnungen der Herzkammern in Folge der zu plötzlichen und gewaltigen Drucksteigerung im Aortensystem. Welche von diesen drei Möglichkeiten thatsächlich eintritt, ist Sache des Zufalles. Stets aber und in allen Fällen ist bei einer akuten Ueberanstrengung der Praekordialschmerz so heftig, dass der Arbeiter, was er gerade trägt, fallen lassen muss, gepeinigt von fürchterlichster Beengung auf der Brust, von äusserst heftigem Herzklopfen; er sucht an irgend einem Gegenstande einen Stützpunkt, um sich anzuhalten, oft auch stürzt er von Schwindel befallen oder in Folge des Chocs und des Schmerzes zu Boden. Ist die erste Attacke vorüber und will der Kranke den Arbeitsplatz verlassen, so ist er dazu meist nicht im Stande; sofort fängt das Herz wieder wahrhaft zu toben an, wenn der Kranke einige Schritte geht, das Gesicht und die Hände färben sich blau. Er muss nach Hause gefahren werden oder er braucht trotz Unterstützung von Kameraden ganz übergebührlich lange Zeit, bis er den Weg zu seiner Wohnung zurückgelegt hat. Er kann eben nur schrittweise gehen. In meinem Vortrage, welcher in der Monatsschrift für Unfallheilkunde in extenso wiedergegeben wird, habe ich mehrere Fälle von zahlreichen angeführt, welche jedesmal die Alarmsymptome nach einer abnorm schweren Arbeit in völlig übereinstimmender Weise erkennen lassen. Albutt, Leyden haben Klappenzerreissungen und akute Aneurysmen, Fraentzel und Schott besonders akute Dilatationen ausführlich beschrieben. Es giebt keinen einzigen Fall in der Literatur, welcher irgend einen Zweifel aufkommen liesse, dass jede akute, in Folge eines Trauma oder einer abnormen Körperanstrengung entstandene Herzerkrankung stets und sofort, unmittelbar von den alarmirendsten Symptomen begleitet ist. Fehlen die geschilderten stürmischen Anfangserscheinungen, so ist mit Sicherheit zu behaupten, dass das Herzleiden nur bei Gelegenheit der Arbeit in weiterer Fortentwickelung sich bemerkbar mache. Und weiter bei allen diesen traumatischen Herzerkrankungen fehlt die Herzverdickung, die Hypertrophie. Alles dieses habe ich vorausgeschickt, um eine höchst interessante, sehr schwierige Unfallangelegenheit bekannt zu geben, bei deren Beurtheilung ich mich in schroffem Gegensatz zu der Ansicht eines hiesigen Krankenhausdirektors befinde, eine Angelegenheit, welche schon über ein Jahr das Schiedsgericht für Unfallversicherungssachen beschäftigt und nächstens definitiv zur Erledigung kommen wird. Woher der Streit? Lediglich deshalb, weil, wie ich in meiner Einleitung betonte, die Basis, auf welcher ein Gutachten fundirt sein muss, auf der gegnerischen Seite morsch war. Es wurde von ganz falschen Voraussetzungen ausgegangen, den falschen Angaben des Patienten entgegen den amtlichen Erhebungen getraut und deshalb natürlich ein falsches Urtheil gefällt, weil die Praemisse falsch war. Im objektiven Befunde bestand Uebereinstimmung.

Unfallangelegenheit Frömmer.

Am 11. Mai 1894 ging folgende Unfallanzeige ein: Der 43 Jahre alte Arbeiter A. F. war mit neun Mann bei dem Transport von schmiedeeisernen Säulen beschäftigt, welche auf den Schultern getragen wurden. Nach Beendigung dieser Arbeiten klagte derselbe über Brustschmerzen, welche er sich angeblich durch diese Beschäftigung zugezogen haben wollte. Jedoch arbeitete derselbe bis zum Abend des nächsten Tages, war aber dann gezwungen, die Arbeit einzustellen. Am nächsten Tage meldete derselbe sich krank, der Arzt konstatirte Brustquetschung (?!) infolge Ueberanstrengung und veranlasste diese Meldung.

Nach zehn Tagen, am 22. Mai, sah ich F. zum ersten Male (die Untersuchung fand in seiner Wohnung statt), eine zweite am 8. Juni. Ich gab folgenden Befundbericht an die Berufsgenossenschaft: „Nirgends frische, allgemeine oder lokale Symptome einer Lungenkrankheit. Nur Zeichen von altem Emphysem (Lungenblähung), fassförmiger Brustkasten, ungewöhnlich breite Zwischenrippenräume, kolossal aufgeregte Herzthätigkeit, diffuse Erschütterung der linken Brustwand, epigastrische Pulsation. Auskultation: zwei laute, blasende Geräusche an der Herzspitze, das stärkere systolische wird oft von einem Ton begleitet und überdeckt. Die Geräusche bis zum zweiten Interkostalraum hörbar. Keine Aortenklappengeräusche, reine accentuirte Töne. Ebenso an der Pulmonalis. Perkussion: die geblähten Lungenränder überdecken von den Seiten das Herz, dessen Grösse daher nicht in vollem Umfange festzustellen ist; es ist grösser, als es die Perkussion nachzuweisen erlaubt. Grenzen: oben 4. Rippe, links $^1/_2$ Centimeter nach aussen von der Mamilla, rechts linker Sternalrand, unten 6. Interkostalraum. Der stark hebende Spitzenstoss im sechsten Interkostalraum, der verstärkte zweite Aortenton beweisen die Hypertrophie (Dickenzunahme des Herzens), die Perkussion, die Dilatation, Ausweitung der Herzkammern. Wenn bei einem starken Emphysem selbst die normalen Herzgrössen nur annähernd erreicht werden, so ist das Herz schon als vergrössert, als dilatirt zu betrachten. Puls klein, 100, schnell, regelmässig. Urin klar, kein Eiweiss, keine Polyurie nach Angabe des Patienten; er braucht nie Nachts aufstehen und lässt auch am Tage in normaler Quantität Urin. Diagnose: Altes Emphysem, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Mitralinsufficienz (auch Stenosis?). Der Kranke behauptet, bei dem Transport zusammengebrochen zu sein. Da in der Unfallanzeige nichts davon steht, ersuche ich um Erhebungen hierüber, als auch über die Art der Beschäftigung des F., insbesondere ob aussergewöhnliche Arbeit verrichtet wurde und etwa die Belastung der zehn Transporteure eine ungleiche gewesen ist. Gezeichnet: Dr. Sch." Die amtlichen Erhebungen ergaben nun, dass Frömmer nicht zusammengebrochen war. In der polizeilichen Verhandlung am 14. Juli erklärt Zeuge R., dass Frömmer nicht zusammengebrochen sei, sondern nur einknickte beim Ueberschreiten der Bordschwelle nach dem Schuppen. Am 7. Juli schreibt der Fabrikbesitzer verantwortlich: Unregelmässigkeiten wie Stoss, Fall etc. sind beim Transport nach Aussage des Meisters nicht vorgekommen. Die schmiedeeiserne Säule wog 420 Kilogramm, auf jeden Mann kamen 42 Kilogramm. Seit zehn Jahren wird Frömmer in dem Betriebe ausschliesslich zu ähnlichen Arbeiten verwandt. Meister Schulz erklärt am 14. Juli 1894: „Ich war bei dem Transport zugegen und bemerkte, dass Frömmer beim Eintritt in die Werkstatt die Last zu schwer wurde, was derselbe durch leichtes Einknicken zu verstehen gab, so dass ich mich veranlasst fühlte, denselben zu unterstützen. Die Erhöhung des Eintritts zur Werkstätte beträgt 5 Centimeter. Ich habe nicht bemerkt, dass p. Frömmer bei dieser Gelegenheit sich beschädigt hat. Klagen über zu starke Belastung sind mir von Seiten der Arbeiter nicht gemacht worden."

Aus dem objektiven, hier mitgetheilten Befunde ist ersichtlich, dass eine chronische Herzerkrankung vorliegt, aus den Erhebungen über den Hergang des angeblichen Unfallereignisses geht hervor, dass ein Trauma, eine Beschädigung überhaupt nicht stattgefunden hat, dass Frömmer nur eine alltägliche, seit zehn Jahren gewohnte Arbeit verrichtet hat, bei deren Gelegenheit zufällig zum ersten Male das Herzleiden sich bemerkbar machte. Ein Unfall im Sinne des Gesetzes liegt daher nicht vor. Als ich F. wieder einmal besuchte, erfuhr ich, dass er inzwischen ein Krankenhaus aufgesucht habe. Daselbst wurde derselbe objektive Befund festgestellt und in der Zwischenzeit waren noch einige neue Symptome hinzugekommen. Die Herzthätigkeit wechselte in ihrem Rythmus, war auch in der Ruhelage sehr beschleunigt. Auch die auskultativen Wahrnehmungen über dem Herzen schwankten, indem zeitweilig die Herztöne vollständig rein hörbar waren bei nur sehr schwachem systolischen Geräusche. Dann trat wieder an der Herzspitze ein praesystolisches Geräusch auf neben zwei reinen Tönen, ab und zu zeigte sich auch wieder ein systolisches Geräusch.

Wir haben also einen Mann vor uns, der nie vorher krank war, der stets schwere Arbeit verrichtete in ein und derselben Fabrik schon seit 10 Jahren. Plötzlich bekommt er während des Transportes einer Säule einen Praecordialschmerz, durch

den er momentan leicht einknickt, der ihn aber nicht hinderte, nicht nur den Transport fortzusetzen, sondern noch bis zum Abend des nächsten Tages zu arbeiten. Die sehr frühzeitige Untersuchung ergiebt eine Herzvergrösserung, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels mit relativer Insufficienz der zweizipfeligen Klappe. Ein Nierenleiden liegt nicht vor, das Emphysem ist zu gering, um die alleinige Ursache der Dilatation zu bilden. Es kann gar kein Zweifel sein, dass die von Seitz und Anderen beschriebene Herzvergrösserung in Folge jahrelang fortgesetzter schwerer Arbeit, eine spontane Dilatation, eine selbstständige Ermattung des Herzens vorliegt. Wie erstaunte ich aber, als mir die Kollegen im Krankenhaus von einem Unfall, von einem Choc erzählten und dass sie eine akute Dilatation für sicher erwiesen hielten. Wo war denn der Choc? Wo waren die bei akuter traumatischer Herzerkrankung geschilderten Alarmsymptome? Hatte doch F. nicht nur nicht seine Arbeit, den Transport, unterbrochen, sondern in gewohnter Weise, wenn auch mühsam, noch bis zum nächsten Abend seine Thätigkeit ausgeübt. Warum hat auch der Zeuge R. und Meister Schulz nichts davon gesehen? Die Diagnosis der akuten Dilatation wurde im Krankenhaus deswegen gestellt, weil die Aerzte daselbst durchaus nicht an die amtlichen Erhebungen üben den Hergang des angeblichen Unfalls sich hielten, sondern ihr Gutachten aufbauten lediglich auf die Aussagen des Frömmer. In der Krankengeschichte wird nämlich angeführt: „Frömmer brach beim Tragen einer 14 Centner schweren Säule plötzlich zusammen, raffte sich auf und trug mit den anderen Arbeitern die Last weiter. Er warf sofort danach Blut aus. Die Säule wog nicht 14 Centner, sondern nur 420 kg. Er war auch nicht zusammengebrochen. Er hat aber auch nicht Blut ausgeworfen. Denn der dabei stehende Meister Schulz bemerkte nichts; aber auch der Kassenarzt, der ihn zu allererst sah, wusste nichts darüber zu bekunden, sondern er theilte mit, dass fünf Tage nach dem Unfall F. ihm erzählte, dass er am Morgen des fünften Tages ein trocknes Blutgerinnsel ausgehustet habe. Gesehen hat der Arzt dasselbe nicht. Die Krankenhausärzte liessen sich von der Aussage des Frömmer nicht abbringen, vernachlässigten die thatsächlichen, amtlich festgestellten Erhebungen; daher muste ein falsches, unzutreffendes Schlussurtheil gefällt werden, weil die Prämisse falsch war. Nun weiter. Am 5. September 1894, also nach mehr als drei Monaten, traten alle charakteristischen Zeichen eines Schrumpfnierenleidens ein und am 8. Dezember starb F. im tiefen Coma uraemicum unter heftigsten fast stündlich eintretenden Konvulsionen, die schon die letzten beiden Tage bestanden. Die Sektion ergab Schrumpfniere mit Harnsäureinfarkten. Der Anatom setzte daher zur Nephritis granularis hinzu urica, machte aber ein Fragezeichen dahinter. Das Herz war grösser als die Faust des Todten. Aortenklappen schlussfähig. Rechte Herzhöhle dilatirt schwach hypertrophisch, linke Höhle kontrahirt und leer. Aortenklappen an der Basis verdickt, etwas retrahirt, sonst ziemlich zart. Die Mitralis ist nicht verändert. Der Sinus valsalvae aneurysmatisch dilatirt. Aorta im Brusttheil etwas weit, vielfach in Form von kleinen Flecken verdickt. Bauchaorta nicht verdickt, ohne Veränderungen. Also auch der Sektionsbefund des Herzens bot alle die bekannten Merkmale der durch schwere Arbeit hervorgerufenen Erkrankungen, wie sie die Engländer, besonders Albutt und Myers, beschrieben. Nun hatten wir aber stets vorausgesetzt, dass kein Nierenleiden die Herzvergrösserung sekundär hervorgerufen habe. Es giebt selbstverständlich Mischfälle. Zu der Herzvergrösserung durch schwere Arbeit tritt durch eine viel später erworbene Nierenerkrankung eine weitere Schwächung des Herzens ein. Leyden wieder hat das Verdienst, zuerst diesen Punkt hervorgehoben zu haben. Er sagt in seiner bekannten Arbeit über die Ueberanstrengungen des Herzens: „Es ist aber an dieser Stelle noch daran zu erinnern, dass in den Bereich unserer Betrachtungen nicht nur diejenigen Fälle von Herzkrankheiten gehören, bei welchen die Ueberanstrengung als der einzige zureichende Grund der Krankheit anzusehen ist, sondern es gehören hierher auch noch diejenigen Fälle, bei welchen mehrere aetiologische Momente zusammengewirkt haben und bei welchen die Ueberanstrengung eine wesentliche Rolle in der Aetiologie spielt.“ So auch hier. Es war bekannt, aber es erschien ganz unwesentlich, dass F. vor sechs Jahren eine Bleivergiftung durchgemacht hatte.

Der sezirende Anatom wusste davon natürlich nichts, daher das berechtigte Fragezeichen.

Garrod hatte zuerst den Zusammenhang der gichtischen Diathese mit vorausgegangener Bleiintoxikation festgestellt. Ebstein fand primäre Gichtnieren, ohne dass je die Gelenke gichtisch erkrankt waren. Er fand diese Gichtnieren häufig nach Bleiintoxikation, welche auch die Granularatrophie, die Schrumpfung, oft verursacht. Nun war vor sechs Jahren F. an Bleivergiftung erkrankt, so dass nach dem Leichenbefunde die Gichtschrumpfniere auf jene mit grosser Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden muss. Schwere Arbeit hat aber F. sein Leben lang gethan, sodass durch dieselbe eine primäre Herzvergrösserung, eine spontane Dilatation im Sinne von Seitz entstand, die erst in der letzten Zeit, in den letzten fünf Jahren etwa, noch vermehrt und sekundär beeinflusst wurde durch die nebenher und später erworbene Nierenentzündung. Mit folgenden Thesen hatte ich meinen Vortrag geschlossen.

1. Jeder Gutachter in Unfallversicherungssachen ist durchaus gehalten, die in den Akten befindlichen amtlichen Erhebungen über den Hergang eines Unfalles zur Basis seines Gutachtens zu machen und die widersprechenden Aussagen des Patienten entgegen den Erhebungen der amtlichen Feststellungsorgane nicht zu berücksichtigen.
2. Ueberanstrengungen des Herzens sind nur dann anzunehmen, wenn gemäss der Definition von Fraentzel eine einmalige oder mehrmalige, aber kurz aufeinander folgende, genau bekannte, sicher nachgewiesene, abnorme Körperanstrengung zu einer akuten Dehnung der Herzkammer oder Zerreissung der Herzklappen geführt hat bei vorheriger Integrität des Herzens und Arbeitsunfähigkeit auf der Stelle eingetreten ist. Diese Ueberanstrengungen gelten als Unfall.
3. Als selbständige Dehnung, Ermattung des Herzens, nicht als Ueberanstrengungen, gelten diejenigen Veränderungen, welche durch gewohnheitsmässig verrichtete schwere Arbeit allmählich entstehen und erfahrungsgemäss nach langdauernder Latenz sich bei Gelegenheit der Arbeit zum ersten Male meist plötzlich bemerkbar machen, ohne zu sofortiger Arbeitsunfähigkeit zu führen. Diese selbständige Ermattung des Herzens durch jahrelange Körperanstrengungen gilt nicht als Unfall.
4. Verschlimmerung eines chronischen Herzleidens durch einen Unfall liegt nur dann vor, wenn derselbe sicher nachgewiesen und unmittelbar nach demselben die gleichen Alarmsymptome sich zeigen wie bei den Ueberanstrengungen des Herzens sub 2.

Litteratur.

Seitz: Die Ueberanstrengung des Herzens. 1875.

Thomas Clifford Albutt: Ueber die Folgen der Einwirkung von Ueberanstrengung und Gewalt auf das Herz und die grossen Blutgefässe. V. B. St. Georges Hospital Reports. London 1872.

J. M. Da Costa: Ueberreizung des Herzens. 1871.
— Beobachtungen über die Herzkrankheiten der Soldaten, insbesondere die organischen. 1867.
A. B. R. Myers: Ueber die Häufigkeit und Ursache der Herzkrankheiten bei den Soldaten. 1870.
Thurn: Die Ermüdung des Herzens und die Entstehung von Herzfehlern. 1872.
Fraentzel: Die idiopathischen Herzvergrösserungen. 1889.
— Einige Bemerkungen über dieselben. Charité-Annalen 1878, Bd. 5.
— Ueber die Entstehung von Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegsstrapazen. Virchow Archiv, 13. 57.
Ganghofner: Die spontane Herzdilatation und deren Folgezustände. Prager Vierteljahrsschrift 1876, II. Bd.
Münzinger: Das Tübinger Herz. Archiv für klinische Medizin, Bd. XIX.
Leyden: Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. II.
Zunker: Ein Fall von Dilatation und Fettmetamorphose des Herzens in Folge von Ueberanstrengung. Medizinische Wochenschrift.
Rosenberg: Dissertation über die Entstehung von Aortenrupturen und deren Häufigkeit. 1882.
Schott: Zur Lehre von der akuten Ueberanstrengung des Herzens. Nauheim-Wiesbaden. 1894.
Traube: Herzvergrösserung durch Arteriosclerosis. Berl. Klin. Wochenschrift 1871 (29) 1872 (18 und 19).
Peacock: Valv. Dis. of. Heart. 1850. Croonian Lectures 1865.
Corvisart: Essai par les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux. 1811. Paris.
Stockes: Die Krankheiten des Herzens und der Aorta, übersetzt von Lindwurm. 1855.

Referate.

Transfusion du sang. Guérison du sujet transfusé. Maladie et mort du sujet transfuseur. Action en dommages-intérêts.

Par Delens, Laugier et Vibert.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale XXXIV p. 348 à 360.)

Bei einem reichen Besitzer, der an einer ursächlich nicht erklärten Cachexie litt, wurde am 4. Juli 1891 mit gutem und dauerndem Erfolge die Transfusion gemacht. Das Blut wurde einem gesunden Gärtner entnommen, der später in einen schweren, am 28. Oktober 1893 mit dem Tode endigenden Kräfteverfall gerieth. Als ihn nach seiner Erkrankung sein geretteter Herr ohne Entschädigung entliess, strengte er eine Entschädigungsklage an. Im Auftrage des Gerichtes wurde er von Delens, Laugier und Vibert am 11. bezw. 13. August 1893 (schwere Cachexie, Anaemie, Abmagerung des bettlägerigen, über tägliches Erbrechen klagenden Kranken, bei dem eine Organerkrankung nicht nachgewiesen werden konnte) und am Tage vor seinem Tode am 27. Oktober 1893 (hochgradigste ybmagerung) ohne nachgewiesene Organerkrankung untersucht und am 31. Oktober 1893 obduzirt. Es fanden sich Verwachsungen des Magens mit Leber und Pancreas und ein nicht ulcerirtes handgrosses Pyloruscarcinom. Die Gutachter stellen zuerst die Frage, ob ein Verlust von 240 bis 250 Gramm Blut für die Gesundheit völlig bedeutungslos sei und kommen unter Hinweis auf zwei von Louis Fallier (Transfusion du sang. Thèse. Paris 1875) angeführte Fälle zu dem Schluss, dass durch den Aderlass die Widerstandsfähigkeit gegen krankmachende Einflüsse beeinträchtigt werdenkönne. Sodann erörtern sie die Frage, ob das Magencarcinom vor oder nach und wie lange nach der Transfusion entstand. Wegen seines guten Aussehens im Mai 1891 wurde der Verstorbene zur Entnahme des Blutes gewählt. Nach seiner Angabe habe er sich in den ersten Tagen nach der Operation krank gefühlt und nach vierzehn Tagen zu brechen angefangen. Seine Frau legte drei Atteste vor, in denen behauptet wird, dass er sich November oder Dezember 1891 (vier bis fünf Monate nach der Transfusion) verändert habe und über seinen Magen beklagte; ja sogar ein viertes Attest setzt für die Gesundheitsstörung einen früheren Beginn (einige Wochen nach der Operation) fest. — Der Verklagte legt Zeugnisse von drei Aerzten vor, denen der Verstorbene im Oktober 1891 und im Juli 1892 sein Wohlergehen versichert habe. Eine lange Liste von Medikamenten reicht bis zum Juli 1892 zurück. Demgegenüber behauptet die Wittwe, dass ihr verstorbener Mann in der ersten Zeit seine Krankheit geheim gehalten habe.

Bei den Widersprüchen der beiderseitigen Behauptungen bleiben als einzige Mittel, um den Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes zu bestimmen, der anatomische Befund und der klinische Verlauf der Krankheit. Die anatomische Beschaffenheit des Krebses spreche für ein langsames Wachsthum. Diese Annahme werde durch die Symptome während des Lebens bestätigt. Ein Pyloruscarcinom, bei dem der Pylorus durchgängig geblieben, bei dem niemals eine Blutung eingetreten sei, das sich nicht auf die benachbarten Organe ausgedehnt und keine Unbestehen gemacht habe, sei nicht schnell verlaufen. Es habe durch die ungenügende Ernährung den Tod langsam herbeigeführt. Nach den Behauptungen des Verklagten wäre der Verstorbene in 16 Monaten seiner Krankheit erlegen, nach denen seiner Wittwe wäre er wenigstens zwei Jahre krank gewesen. Diese Dauer von zwei Jahren überschreite zwar das vom anderen Autoren auf 12—15—18 Monaten angegebene Mittel, abèr, wenn man die Verhältnisse berücksichtige, könne man sie als möglich zugeben. Die Schlusssätze sind etwa folgende: 1. Der Verstorbene ist einem Magencarcinom, das eine fortschreitende Anaemie und schliesslich den Tod durch Erschöpfung herbeiführte, erlegen. 2. Nach dem anatomischen Befund und dem klinischen Verlaufe reicht der Beginn der Erkrankung ziemlich weit vom Tode zurück. Es ist nicht zuzugeben, dass sie bei der Operation bestand, aber es sei wahrscheinlich, dass ihr Auftreten entsprechend den Angaben der Wittwe in die zweite Hälfte des Jahres 1891 fällt. 3. Die Transfusion direkt hat keinen Anstoss zur Entstehung des Leidens geben können. Indess lässt sich nicht mit voller Sicherheit behaupten, dass zwischen Operation und Krankheit nur ein einfaches zufälliges Zusammentreffen bestehe. Beim gegenwärtigen Stande der Wissenschaft ist es unmöglich, zu behaupten, dass die Blutentziehung am 4. Juli 1891 nicht bis zu einem gewissen Grade die Konstitution des Verstorbenen alterirt, die Ernährungsverhältnisse nicht geändert und seine Widerstandstähigkeit gegen krankmachende Einflüsse nicht verringert habe und so die Entwickelung einer Krankheit, die ohne diese Gelegenheitsursache sich erst in einer späteren Zeit entwickelt haben würde, nicht begünstigt oder wenigstens nicht beschleunigt habe.

Das Gericht wies die Wittwe ab, da der Krebs nicht direkte Folge der Blutentziehung gewesen sei. Auf die weiteren Ausführungen der Aerzte einzugehen, läge keine Veranlassung vor, auch habe sich der Verstorbene s. Z. freiwillig zu der Operation hergegeben. Guder.

Ueber periodische Schwankungen der Hirnrinden-Funktionen.

(Arch. f. Psych. Bd. XXVII. Heft 3.)

Aus der medizinischen Klinik zu Breslau (Prof. Kast).

Von Dr. Richard Stern,

Privatdozent.

Die beiden Krankheitsfälle, welche der Verfasser beobachtet und mit äusserster Genauigkeit untersucht hat, gehören nach ihrer Aetiologie und Symptomatologie in das Gebiet der „traumatischen Neurosen“. Sie stellen eine bisher in der

Literatur nicht beschriebene Form dar, deren Kenntniss nach den verschiedensten Richtungen und nicht zum wenigsten für den ärztlichen Sachverständigen von Werth ist. Dieser Werth wird nicht verringert durch den Einwand, es handle sich um früher nie gesehene, also wahrscheinlich sehr seltene Erscheinungen; denn schon zur Zeit der Korrektur seiner Abhandlung lernte Stern einen dritten ähnlichen Fall kennen, und in der gutachtlichen Praxis sind seit geraumer Zeit bereits Thatsachen wie die im Folgenden darzustellenden beobachtet, aber freilich noch nicht wissenschaftlich durchforscht und beschrieben worden.

Die Patienten, um welche es sich handelt, erkrankten im Anschluss an Kopfverletzungen. Der eine, B., trug eine Schädeldepression in der Gegend der linken Centralwindung davon, bei dem andern war der Unfall, der Sturz eines eisernen Gewichts auf den Kopf des Mannes, wohl geeignet, eine starke Erschütterung zu bewirken, doch entstand dabei nur eine geringe Wunde, die bald verheilte. Bei beiden Personen stellten sich nach Ablauf der akuten Anfangssymptome zeitweise aufstrebende motorische Reizerscheinungen ein. Sie machten sich bei B. erst nach drei Monaten, zunächst als klonische Zuckungen der rechten Körperhälfte, nach vorübergehender Besserung cirka ein Jahr später mehr in Form tonischer Krämpfe, schliesslich als typische Rindenepilepsie mit Bewusstlosigkeit und Pupillenstarre bei den Anfällen geltend. Bei B. wurden die Reizzustände schon wenige Tage nach dem Unfall beobachtet, es waren „symmetrisch und gleichzeitig auf beiden Seiten auftretende klonische Zuckungen“ der Schultergürtelmuskeln mit gleichzeitiger Kontraktion der Stimmbandadduktoren, wodurch ein lautes Eyspirationsgeräusch entstand. Sie kamen früher bis zu dreissigmal in der Minute, jetzt sind sie in der Regel sehr viel seltener, ihren Typus behielten sie bei. B. hat ausserdem starke Ausfallserscheinungen auf dem Gebiete der Sensibilität, der motorischen Kraft und der psychischen Leistungsfähigkeit, die immer mehr zunehmen, er ist schwer deprimiert, hat vielerlei subjektive Beschwerden, während bei R. nur das Gedächtniss und ein Theil der Reflexempfindlichkeit dauernd gelitten haben und an manchen Tagen Schwindel, Kopfweh und dergleichen besteht.

Unabhängig von allen bis jetzt erwähnten Symptomen zeigen die Kranken intermittirende Aenderungen der Sensibilität auf allen Sinnesgebieten, der motorischen Kraft und Koordination, gewisser Reflexe, der Athmung und der psychischen Fähigkeiten, Aenderungen, die im Laufe mehrerer Jahre stets bei ihnen konstatirt werden konnten — abgesehen von wenigen erst neuerdings entwickelten — und die an Intensität mehr und mehr zunehmen. Es treten nämlich in Intervallen von zwei Sekunden bis etwa $^3/_4$ Minuten gleichzeitige negative Schwankungen aller oben bezeichneten Funktionen auf, die ihrerseits wieder bis zu einer halben Minute andauern. Ihre Häufigkeit und Excursionsbreite variiren ohne erkennbare Ursache, besonders unbeeinflusst von der Dauer der Untersuchung und dem Auftreten der früher erwähnten Krampfzustände. Während der Schwankungen sinkt die Empfindlickkeit für Berührung, Schmerz, Kälte und Hitze, der Raumsinn, die Lageempfindung erheblich, die Sehschärfe ist herabgesetzt, das Gesichtsfeld konzentrisch verengt, das Gehör wird schlechter, bei B. bis fast zur völligen Taubheit, die Geschmacks- und Geruchsempfindung schwindet ganz (das gilt nur für R., B. hat beide Vermögen dauernd eingebüsst). Sehr eigenthümlich verhalten sich zu denselben Zeiten die Reflexe, deren Intensität übrigens bei R. theils grösser theils geringer als bei B. bleibt. Unbetheiligt sind stets Bauch-, Cremaster-, Pupillar- und Sehnenreflexe, dagegen werden stark verringert oder gar aufgehoben der Würg- und Plantarreflex, mässig beeinträchtigt der Lid-, Conjunktival- und Kornealreflex. Motorische Störungen bestehen in Gestalt intermittirender Ataxie und Parese. Die Koordinationsstörung weicht in den charakteristischen Merkmalen etwas von der cerebellaren ab, der sie auf den ersten Blick nahe verwandt scheint. Erst in neuerer Zeit haben sich deutliche Athmungsstörungen ausgebildet, derart, dass während der Schwankungen die Respiration flach wird, manchmal auch ganz sistirt, worauf bei Beginn der freien Intervalle eine tiefe Inspiration und in der Folge einige weniger ausgiebige erfolgen, bis sich mit Eintritt der nächsten Schwankung das Spiel wiederholt. Verfasser weist auf die grosse Aehnlichkeit mit dem Cheyne-Stokesschen Typus hin, welche er für recht bedeutungsvoll hält. Die Untersuchung der psychischen Vorgänge in den einzelnen Perioden musste sich auf das Einfachste beschränken, da jede komplizirtere seelische Leistung den einzelnen Zeitraum überschritten hätte. Es lässt sich mit Sicherheit während der Schwankungen eine Verlangsamung der Perzeption konstatiren, gleichzeitig ist die Sprache gestört, das Gedächtniss vermindert, die intellektuelle Leistungsfähigkeit herabgesetzt. Die Sprachstörung bietet alle Uebergänge von der Grenze des Normalen bis zum ausgeprägten Bilde der „transkortikalen motorischen Aphasie“ (Wernicke), durch Silbenstolpern und Auslassen von Worttheilen ähnelt sie oft der bei progressiver Paralyse gewöhnlichen. Soweit sich ermitteln liess, fehlen bei den Schwankungen Beeinträchtigung des Bewusstseins.

Von all diesen Erscheinungen wussten die Kranken vor der Untersuchung sehr wenig, sie merkten nur, dass es vor ihren Augen abwechselnd dunkel und hell war, dass in den „dunklen“ Momenten Gang und Sprache unsicher wurden. Erst seit Kurzem klagt der eine auch über Athembeschwerden zur Zeit des „Dunkelwerdens“. Immerhin reicht besonders die starke Verringerung der Sehkraft bei B. in Verbindung mit seinen Ausfallserscheinungen aus, um ihn erwerbsunfähig zu machen, während R. dauernde, aber nicht volle und oft sehr subnormale Arbeitsfähigkeit hat.

Die Zusammenfassung aller Symptome, der Reiz- und Lähmungserscheinungen, der anhaltenden und intermittirenden, giebt dem Verfasser Veranlassung, bei B. eine Rindenläsion kombinirt mit traumatischer Neurose, bei R. ausschliesslich eine Neurose anzunehmen. Es bot sich insbesondere für die Ableitung der periodischen Schwankungen aus einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems kein Anhaltspunkt. Vielmehr sprachen Erscheinungen, wie der Förstersche Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes, welches überdies für roth weiter als für blau (nach Charcots Schule Zeichen der Hysterie) und für eine Kerzenflamme weiter als für ein weisses Papierstreifchen ist, direkt für die funktionelle Natur des Leidens; im selben Sinne war auch das Konstantbleiben der elektrischen Muskelerregbarkeit verwerthbar. Das Suchen nach analogen Vorkommnissen in der Literatur über Gehirnkrankheiten lieferte spärliche Resultate. Besonders liess sich eine wesentliche Uebereinstimmung mit den auf Ermüdung beruhenden periodischen Schwankungen auf sensorischem Gebiete, die bei Tabes und Neurosen gefunden worden sind, ausschliessen. Bei diesen Symptomen kommt naturgemäss die negative Schwankung immer erst im Laufe der Untersuchung zu Stande, in unseren Fällen war es rein zufällig, ob bei Beginn der Prüfung gerade die Erregbarkeit verringert oder normal gefunden wurde. Die Aehnlichkeit der Respirationsveränderungen bei B. und R. mit dem Cheyne-Stokesschen Phaenomen dagegen wird vom Verfasser für so bedeutsam angesehen, dass er die letztgenannte Er-

scheinung geradezu als einen speziellen Fall der von ihm beschriebenen „Periodischen Schwankungen“ ansieht. Für die Lokalisation der intermittirenden Funktionsstörungen glaubt er nur die Grosshirnrinde in Anspruch nehmen zu müssen. Weder um den Athmungstypus noch um die Ataxie zu erklären brauche man die Erkrankung andrer Gehirntheile anzunehmen, und das Verhalten der Reflexe, von denen nur die mit einem starken Gemeingefühl verbundenen beeinflusst sind, steht in gutem Einklang damit.

Zum Schlusse sei noch einer Möglichkeit gedacht, die bisher noch nicht erwähnt, aber bei Kranken, die einen Unfall erlitten hatten, durchaus zu berücksichtigen war: konnte es sich nicht um Simulanten handeln? Indessen war dieser Verdacht absolut zurückzuweisen. Beide Patienten waren, so oft sie auch untersucht wurden, immer gleich zuverlässig in ihren Angaben, die Kunstgriffe bei der elektrischen, ophtalmologischen und otiatrischen Untersuchung, welche zur Entlarvung Nichtkranker dienen, fielen bei ihnen negativ aus, und schliesslich bot die Untersuchung der Respiration, der Reflexe und der Koordination genügend objektive Anhaltspunkte für die Richtigkeit ihrer Behauptungen, so dass jeder Zweifel aufgegeben werden musste. F. L.

Ein Fall von Basisfraktur.

Von John Dunn-Richmond.
(Zeitschr. f. Ohrenhlk. Bd. 27, Hft. 1.)

Ein 50 Jahre alter Farmer fiel von seinem Wagen, gleichzeitig ein Mehlfass, welches ihn an der rechten Schläfengegend traf. Halbstündige Bewusstlosigkeit; nach Zurückgehen der Gesichtsanschwellung bemerkte Patient, dass „sein Gesicht verzogen war“, und dass er auf der rechten Seite des Gesichtes kein Gefühl hatte. Bald wurde auch das rechte Auge krank, weshalb er sich zum Verfasser begab. Dieser konstatirte vollkommene Lähmung des fünften, sechsten und siebenten Gehirnnerven auf der rechten Seite. Die Augenaffektion neuroparlaytische Keratitis. Das Auge war gegen den inneren Augenwinkel gedreht. Der rechte Naseneingang war durch ein serös-blutiges Exsudat verschlossen, dessen wässerige Bestandtheile sich entleert hatten, so dass ein fester klebriger Pfropf zurückgeblieben war. Nach Entfernung desselben zeigte sich die Schleimhaut mit einem dünnen weisslichen Häutchen überzogen und absolut unempfindlich; ebenso unempfindlich die Wunde und Rachenscheimhaut, so dass Patient die Speisen im Munde nicht fühlte. Gehör auf dem rechten Ohre etwas herabgesetzt, aber Trommelfell normal.

Als Sitz des Insultes nimmt Verfasser nach diesen Erscheinungen die Spitze des knöchernen Theiles des Schläfenbeines an, die Bruchlinie muss direkt durch die Grube des Ggl. Gasseri gehen, ferner so hoch, dass sie den siebenten Nerven verletzt, weil der achte nur ganz wenig weiter darunter entspringt. Die Verletzung des sechsten Nerven muss durch Einklemmen des abgesprengten Stückes in den oberen Theil des Foremen lecerum anticum erfolgt sein. T.

Ueber eine Erscheinung von Seiten der Niere nach Absturz.

Von Dr. H. Holz.
(Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 34.)

Verfasser verfügt über sechs Krankengeschichten, welchen Folgendes gemeinsam ist: Nach einem Sturz aus mehr oder weniger beträchlicher Höhe lässt sich bei keinem der Patienten eine gröbere Skelettverletzung, namentlich keine Schädel- oder Gehirnläsion nachweisen, eine Erscheinung, welche Verfasser durch die Elastizität des jugendlichen Skeletts in seinen Fällen erklärt. Dagegen tritt 6—24 Stunden nach dem Unfall eine mehr oder weniger intensive Hämaturie und Albuminurie mit zahlreichen Cylindern auf. Diese verschwindet binnen zwei bis vier Tagen, ohne Spuren zu hinterlassen. Mikroskopisch (zwei Fälle kamen zur Sektion) zeigt sich das Bild der akuten parenchymatösen Nephritis, ohne Betheiligung der Glomoruli, aber mit zahlreichen Rindenblutungen. Verfasser betrachtet die Affektion als eine Nierenerschütterung, ganz analog der Gehirnerschütterung. Wenn beim Sturz der Schädel den ersten und heftigsten Anprall erfahren hat, der übrige Körper aber nur noch in geringem Grade erschüttert werden konnte, so sind die erwähnten Nierenerscheinungen ganz geringfügig, wenn sie auch nicht völlig fehlen. T.

Das Berufsgeheimniss der Aerzte.

Von Dr. Schlegtendal, Kreisphysikus.
(Deutsche Mediz. Wochenschr. 1895, Nr. 31.)

In diesem lesenswerthen Aufsatze kommt Verfasser bei Vergleichung der über das ärztliche Berufsgeheimniss bei uns und in anderen Ländern bestehenden Vorschriften zu dem Ergebniss, dass im Interesse der Würde und des Ansehens des ärztlichen Standes unsere Bestimmungen nicht abgeändert werden dürften. Namentlich an dem uns zustehenden Rechte der Zeugnissverweigerung gegenüber richterlichen und Verwaltungsbehörden will er nicht rütteln lassen. Ueber die Pflicht der Wahrung des Berufsgeheimnisses stellt er nur erstens die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten, und zweitens die in praxi wohl höchst selten vorkommende Pflicht, ein geplantes Staats- oder gemeingefährliches Verbrechen anzuzeigen, wenn dadurch die Verhütung desselben noch möglich ist, — letzteres im Gegensatz zu Placzek, welcher hier eine Kollision der Pflichten statuirt. Sehr beachtenswerth ist sein Rath, die Erlaubniss zur Zeugnissablegung von der dabei interessirten Person sich schriftlich geben zu lassen. „In diesen Zeitläuften“, wie Verfasser vielsagend sich ausdrückt, „hat die ganze Frage eine früher kaum geahnte Bedeutung gewonnen.“ T.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Unbegründete Weigerung eines Verletzten, die Krankenhauspflege anzunehmen.

Ein Maurer Meissner, geb. 1835, hatte im Betriebe der Vereinsbrauerei zu Apolda durch einen Betriebsunfall einen Bruch des rechten Oberarms erlitten. Am 7. November 1894 forderte die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft den Verletzten auf, sich zum Zwecke der Fortsetzung des Heilverfahrens in die Klinik des Prof. Dr. Tillmanns zu Leipzig zu begeben. Meissner begab sich zwar dahin, nach der ersten ärztlichen Untersuchung, noch bevor seine Aufnahme in die Klinik erfolgt war, entfernte er sich aber. Die Berufsgenossenschaft hat daraufhin durch Bescheid vom 19. November 1894 die Gewährung von Unfallentschädigung an Meissner abgelehnt, weil derselbe durch sein Verhalten die ihm zugedachte Heilbehandlung, durch welche er wieder völlig hergestellt worden wäre und durch welche er die volle Erwerbsfähigkeit wieder erlangt haben würde, unmöglich gemacht habe. Meissner hatte hiergegen rechtzeitig Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung eingelegt. Er behauptet, es sei ihm nicht zur Schuld zuzurechnen, dass er sich in die fragliche Klinik nicht habe aufnehmen lassen, bei der Untersuchung habe ihn Prof. Dr. Tillmann schonungslos behandelt, grob angefahren, die Unter-

suchung habe ihm heftige Schmerzen verursacht; aus diesem Grunde habe er sich vor der Behandlung in der Anstalt gefürchtet und dieselbe, bevor er in die Klinik aufgenommen worden, verlassen. Das Schiedsgericht hat auf Grund des Ergebnisses der Hauptverhandlung als bewiesen angesehen, dass Meissner, als er am 12. November 1894 sich in die fragliche Klinik begeben, die dort zuerst von einem der Assistenzärzte und sodann von Prof. Tillmanns selbst angestellte Untersuchung erschwert und zum grösseren Theile unmöglich gemacht hat, dadurch, dass er der Ausführung der von dem Untersuchenden beabsichtigten Bewegungen mit dem Arm passiven Widerstand entgegengesetzt hat, dass er ferner, wenn der Untersuchende seinen Arm angefasst und das Ausführen von Bewegungen mit demselben versucht hat, durch Zurückziehen mit dem Oberkörper die nothwendiger Weise mit den vom Arzte ausgeführten Manipulationen verbundenen Schmerzen unnöthiger Weise vergrössert hat. Das Schiedsgericht hat nicht zur Ueberzeugung gelangen können, dass Kläger während seines kurzen Aufenthalts in der fraglichen Klinik unangemessen behandelt worden sei. Seine Angaben darüber, dass die Untersuchung in einem ungeheizten Zimmer stattgefunden habe und dass er unnöthig lange dort habe sitzen müssen, sind theils von ihm selbst widerrufen, theils durch die Angaben der von ihm benannten Zeugen widerlegt worden. Das Schiedsgericht gelangte daher zur Annahme, dass Kläger keinen Grund gehabt hat, den Anforderungen der Berufsgenossenschaft, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen, nicht Folge zu leisten, und die Berufsgenossenschaft erscheint berechtigt, denjenigen Grad von Erwerbsunfähigkeit, als beim Kläger vorhanden, anzunehmen, der voraussichtlich eingetreten sein würde, wenn die von der Berufsgenossenschaft ihm zugedachte Heilbehandlung ausgeführt worden wäre. Aber im Gegensatze zur Auffassung der Berufsgenossenschaft hat das Schiedsgericht nach dem von Prof. Tillmanns abgegebenen Gutachten nicht annehmen können, dass Kläger durch die Heilbehandlung seine volle Erwerbsfähigkeit wieder erlangt haben würde, es hat angenommen, dass auch im Falle der durchgeführten Heilbehandlung ein geringer Grad von Erwerbsunfähigkeit zurückgeblieben sein würde. Bei Bemessung der Höhe des Grades musste das verhältnissmässig hohe Lebensalter des Klägers mit in Betracht gezogen werden. Für die schliessliche Festsetzung der Höhe der Rente auf 25 Prozent ist auch der Umstand noch mit massgebend gewesen, dass Kläger bei dem Sturz vom Gerüst mit der Stirn gegen die Kante einer Mauer gestossen ist. Auf den Rekurs des Klägers hörte das Reichs-Versicherungsamt noch Dr. med. Mittelhäuser und Dr. Schulze zu Apolda. Ersterer erklärte, es steht ausser Zweifel, dass die Verletzungsfolgen durch medico-mechanische Behandlung eine Besserung erfahren haben würde. Es bestand am Tage des Unfalls ausser dem Bruch des rechten Oberarms eine leichte Verletzung der Stirn, die durch Naht vereinigt, nach 4—5 Tagen geheilt war. Ein störender Einfluss des Unfalls auf die Funktionen des Verletzten ist entschieden nicht vorhanden gewesen. Eine Ursache für das Benehmen des Meissner in der Klinik in etwaigen Läsionen der Geistesthätigkeit zu suchen, ist entschieden von der Hand zu weisen. — Dr. med. Schulze führte aus, dass die Beschwerden des rechten Oberarms bei Durchführung der Behandlung in der Klinik sich innerhalb eines Zeitraums von 2—3 Monaten wesentlich gebessert haben würden. Nach Durchführung der Behandlung in der Klinik würden 15 bis 20 Prozent Erwerbsunfähigkeit zurückgeblieben sein. Eine derartige durchgreifende Behandlung, wie sie hier nöthig war, konnte im Hause des Patienten nicht erfolgen. Ferner wies Dr. Schulze die Behauptung von der Hand, dass Meissner in Folge des Sturzes eine Gehirnerschütterung erlitten habe, da der Verletzte ganz sachgemässe Antworten gab. — Das Reichs-Versicherungsamt sprach dem Kläger 40 Prozent Rente zu und nahm mit Rücksicht auf das Alter des Klägers an, dass der Erfolg in der Klinik wohl nicht so günstig gewesen wäre, wie die Aerzte annehmen. Habe die unbegründete Weigerung eines Verletzten, die gebotene Krankenhauspflege anzunehmen, einen höheren Grad von Erwerbsunfähigkeit selbständig hervorgerufen, so fallen im Allgemeinen diese Folgen, welche sonst vermieden worden wären, der Berufsgenossenschaft nicht zur Last. m.

Aus dem Reichsgericht.

Syphilis als Ehescheidungsgrund.

Das B. G. hat als erwiesen angesehen, dass der Beklagte an einer hochgradigen syphilitischen Krankheit zur Zeit der Klageanstellung gelitten habe, und angenommen, dass diese Krankheit als ein ekelerregendes körperliches Gebrechen zu erachten sei. Es hat jedoch die Anwendbarkeit des § 697 Thl. II Tit. 1 des A. L. R.*) verneint, weil es „als gerichtsbekannt zu bezeichnen, dass die Syphilis nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht als unheilbar zu erachten ist." In dieser Erwägung liegt, wie von der Revision hervorgehoben ist, eine Rechtsnormverletzung. Worauf es die Offenkundigkeit stützt, hat das B. G. nicht ausdrücklich angegeben. Aber nach dem Wortlaute der Erwägung ist anzunehmen, dass die Heilbarkeit der Syphilis als eine allgemein anerkannte wissenschaftliche Wahrheit und deshalb als offenkundig hat bezeichnet werden sollen. Eine derartige Wahrheit kann nun allerdings die Grundlage der Offenkundigkeit bilden. Aber die absolute Heilbarkeit des Syphilis ist keine solche Wahrheit. Denn die Frage, ob die Syphilis heilbar oder unheilbar sei, ist eine rein medizinische Spezialfrage, die nur für einen geringen Bruchtheil der Menschheit von Interesse ist und deren Beantwortung Seitens der Wissenschaft keineswegs Gemeingut aller gebildeten Menschen geworden oder auch nur dazu zu werden bestimmt ist. Selbst wenn daher die medizinische Wissenschaft es als unumstössliche Wahrheit betrachten würde, dass jede Syphilis heilbar sei, so würde doch hierauf eine Offenkundigkeit im Sinne des § 264 der C. P. O. nicht gegründet werden können. Aber nicht einmal von den Fachgelehrten wird die Frage einheitlich beantwortet. Es muss daher stets auf den konkreten Fall zurückgegangen und für diesen durch Sachverständigenbeweis festgestellt werden, ob die Krankheit als unheilbar im Sinne des § 697 zu erachten ist oder nicht. Zum Zwecke dieser Feststellung wird im vorliegenden Rechtsstreite zu ermitteln sein, wie lange der Beklagte bereits mit der Krankheit behaftet ist, bis zu welchem Grade sie vorgeschritten ist, ob sie einen bösartigen Charakter hat, und ob unter Berücksichtigung der sonstigen Körperbeschaffenheit des Beklagten zu erwarten ist, dass derselbe ohne Schädigung der Gesundheit etwaiger Kinder die eheliche Pflicht wird erfüllen können. Dieserhalb muss die Zurückverweisung der Sache in die Berufungsinstanz erfolgen. Denn der Scheidungsgrund des § 697 schliesst ebenso wie derjenige des § 711 die Anwendbarkeit des § 718a Thl. II Tit. 1 des A. L. R.**) aus und bedingt eine anderweite Regelung der Schuldfrage. (Reichsger. Entsch. v. 28. 9. 95.)

---

*) Der betreffende § des A. L. R. lautet: Ein Gleiches gilt (Grund zur Scheidung) von anderen unheilbaren körperlichen Gebrechen, welche Ekel und Abscheu erregen oder die Erfüllung der Zwecke des Ehestandes gänzlich verhindern.

**) Scheidung bei heftigem, tief eingewurzeltem, eine Aussöhnung ausschliessendem Widerwillen.

Selbstverstümmelung.

Das Vergehen der Selbstverstümmelung behufs Untauglichmachung zur Erfüllung der Wehrpflicht (§ 142 Strafgesetzbuchs) wird, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, IV. Strafsenats, vom 28. Mai 1895, schon dadurch begangen, dass die Untauglichkeit keine absolute ist, sondern sich nur auf diejenige Dienstart erstreckt, zu der der Wehrpflichtige ohne den Eintritt der Verstümmelung tauglich war. „. . . . Es kommt nicht darauf an, ob das Dienen in einer Arbeiterabtheilung oder in einem der beiden Aufgebote des Landsturms als Erfüllung der Wehrpflicht anzusehen ist. Denn, wie festgestellt ist, war der Angeklagte vor der Verstümmelung zum „aktiven Militärdienst“, d. h. zum Dienst mit der Waffe im „stehenden“ Heere tauglich, und er hat diese Tauglichkeit beseitigt, sich also zu derjenigen Erfüllung seiner Wehrpflicht untauglich gemacht, zu der er ohne die Verstümmelung nach der zu erwartenden Entscheidung der Ersatzbehörden fähig gewesen wäre.“ (1894/95.)

Bücherbesprechungen.

Henry Hughes, Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik unter Berücksichtigung der Herzkrankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1896.

Verfasser, Arzt in Soden a. S., bespricht in eingehender Weise die Wichtigkeit der Gymnastik für die Therapie; er giebt einen Ueberblick über die gymnastischen Bewegungen, über die passiven und aktiven Bewegungsorgane, über die Ausführung der gymnastischen Bewegungen und deren Einzelwirkungen auf die verschiedenen Organe. Ferner beschreibt er in genauester Weise die einzelnen Uebungen der schwedischen Heilgymnastik und fügt instruktive Abbildungen hinzu für dieselben und genaueste Dosirung nach Rezepten. Das Buch wird Jedem willkommen sein, um sich in genauester Weise über dieses so wichtige Gebiet der mechanischen Therapie zu orientiren.

Ohlemann, Augenärztliche Therapie für Aerzte und Studirende. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1896.

Verfasser hat die augenärztlichen Behandlungsformen nicht nur aus Handbüchern und Zeitschriften, sondern auch aus einer Reihe von Universitäts-Augenkliniken gesammelt und zusammengestellt, und in dankenswerther Weise für ein leichtes Nachschlagen und schnelle gründliche Orientirung besondere Sorgfalt getroffen. Die Arbeit ist vom Praktiker für den Praktiker geschrieben.

Hammarsten, Olaf, Lehrbuch der physiologischen Chemie. 3. völlig umgearbeitete Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1895.

Verfasser, Professor von der Universität Upsala, hat diese neue Auflage seines in einer von ihm selbst angefertigten deutschen Uebersetzung herausgegebenen bekannten und beliebten Lehrbuches gründlich umgearbeitet und den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend vermehrt. Das Buch bietet besonders für physiologisch- und pathologisch-chemische Uebungen im Laboratorium eine vorzügliche Anweisung.

Tagesgeschichte.

Trinkwasserkalamität in Berlin.

Ein beträchtlicher Theil des Nordwesten und Westen Berlins stand am 14. November und den darauffolgenden beiden Tagen unter dem Zeichen einer Trinkwasserkalamität. Das sonst in tadelloser Qualität von den Tegeler Werken gelieferte Leitungswasser zeigte plötzlich einen unangenehmen Geruch und Geschmack, der sich auch den mit dem Wasser bereiteten Getränken und Speisen mittheilte. Dabei war das Wasser klar und farblos. Zahlreiche Beschwerden aus dem Publikum und allerhand Vermuthungen über die Natur der Verunreinigung fanden alsbald den Weg in die Tagespresse. Auch in der öffentlichen Sitzung der Stadtverordneten vom 21. November kam die Angelegenheit zur Sprache. Der zweifellos ungehörige Geschmack und Geruch des Wassers sollte an „Chlor“, „Karbol“ oder gar „Jodoform“ erinnern. Richtiger war er wohl als „muffig“ oder „faulig“ zu bezeichnen. Die Abhilfe gelang verhältnissmässig leicht und schnell. Da die Konstruktion des berliner Leitungsnetzes dies gestattet, wurde nach Ausschaltung der Tegeler Werke der Gesammtbedarf an Wasser durch die anderen Werke gedeckt. Fälle von wirklicher Schädigung der Gesundheit durch den Gebrauch des Wassers sind nicht bekannt geworden, abgesehen von einzelnen Vorkommnissen, bei denen Ekel und vorübergehendes Unwohlsein hervorgerufen sein soll. Das plötzliche und über einen so grossen Theil des Rohrnetzes verbreitete Auftreten der abnormen Erscheinung liess auf eine zentrale Ursache schliessen. Der erfreuliche Umstand der prompten Abhilfe — das „Tegeler“ Wasser ist längst wieder tadellos — rechtfertigt den Schluss, dass die Leiter der betr. Werke die Ursache der Kalamität erkannt und sofort beseitigt haben. Dass am 15. und theilweise auch noch am 16. November Geschmack und Geruch des Wassers zu wünschen übrig liessen, nimmt nicht Wunder, denn die einmal in den Leitungen steckende, verunreinigte Wassermasse musste erst vom nachfolgenden, besseren Wasser verdrängt werden. Hoffentlich entschliesst sich die städtische Verwaltung zu authentischen Mittheilungen über den wahren Sachverhalt. Das Ergebniss der chemischen und bakteriologischen Untersuchung sowie die Aufdeckung der örtlichen Ursachen dürften auch weitere Kreise interessiren.

Offizieller Bericht über das Diphtherieheilserum.

Das Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten veröffentlicht die Ergebnisse der durch seinen Erlass vom 29. Dezember 1894 angeordneten Sammelforschung betreffend die bis zum Schlusse des Jahres 1894 mit Diphtherieheilserum behandelten Krankheitsfälle. Ein besonderes Gewicht wurde bei der Bearbeitung des eingegangenen Materials auf die Angaben der Aerzte über etwaige durch das Serum bedingte Schädlichkeiten gelegt. Jeder einzelne Fall, in welchem über eine schädliche Wirkung berichtet war, wurde im Urmaterial eingesehen und in seinen Einzelnheiten genau gewürdigt. Nach den Berichten kann der Beweis, dass die Seruminjektion bei den tödtlich verlaufenen Fällen schädigend gewirkt oder mitgewirkt haben, nicht als erbracht angesehen werden. Allein die Hautausschläge und Gelenkschmerzen können als Nebenwirkungen des injizirten Serums angesehen werden; dieselben verschwanden aber stets nach kurzem Bestehen von selbst. Alle übrigen Erscheinungen, welche als solche berichtet werden, wie Albuminurie, Herzschwäche u. s. w. sind so gewöhnliche Vorkommnisse im Verlauf der Diphtherie, dass aus

ihrem Auftreten allein ein Beweis für die Schädlichkeit des Serums nicht hergeleitet werden kann. — Es wird bei einer eventuellen Begutachtung angeblicher schädlicher Folgen der Seruminjektionen für den Sachverständigen angenehm sein, sich auf diese offiziellen Mittheilungen stützen zu können.

Zehnjährige Wirksamkeit der sozialpolitischen Gesetzgebung.

Das Reichs-Versicherungsamt veröffentlicht in seinen „Amtlichen Nachrichten" einen Rückblick auf die bisherige Entwickelung der sozialpolitischen Versicherungsgesetzgebung, aus dem wir Folgendes entnehmen:

Bei dem Beginn seiner Thätigkeit bestand das Reichs-Versicherungsamt ausser seinem Präsidenten aus 2 ständigen Mitgliedern, 4 nichtständigen aus der Mitte des Bundesraths gewählten Mitgliedern, je 2 von den Berufsgenossenschaften und von den Arbeitervertretern aus ihrer Mitte gewählten Mitgliedern nebst je 4 Stellvertretern, 4 richterlichen Beisitzern, 11 Bureau-, 4 Kanzlei- und 4 Unterbeamten. Jetzt besteht das Reichs-Versicherungsamt ausser dem Präsidenten aus 2 Direktoren, 36 ständigen Mitgliedern, 4 nichtständigen aus der Mitte des Bundesraths gewählten Mitgliedern, 6 nichtständigen Mitgliedern aus dem Stande der Arbeitgeber nebst 40 Stellvertretern und 6 nichtständigen Mitgliedern aus dem Stande der Arbeitnehmer nebst 40 Stellvertretern, 44 richterlichen Mitgliedern und Hilfsrichtern. Ausserdem werden 8 technische Rechnungsbeamte, 148 Bureau-, 66 Kanzlei- und 39 Unterbeamte beschäftigt. Anfänglich in Miethsräumen untergebracht, hat das Reichs-Versicherungsamt jetzt ein eigenes Dienstgebäude, Königin Augustastrasse 25—27.

Die Zahl der Berufsgenossenschaften ist im Laufe der Zeit auf 112 (64 gewerbliche und 48 landwirthschaftliche) gestiegen. Dazu sind 385 Ausführungsbehörden der Reichs-, Staats-, Provinzial- und Kommunalbetriebe gekommen. Die auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes errichteten Versicherungsanstalten betragen 31; daneben bestehen 9 besondere Kasseneinrichtungen.

In den vergangenen zehn Jahren haben die Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden, sowie die Versicherungsanstalten der Baugewerks-Berufsgenossenschaften als Entschädigung für Unfallsfolgen an verletzte Arbeiter und Betriebsbeamte oder an deren Hinterbliebene die Summe von rund 230 Millionen Mark bezahlt; die Zahl der entschädigten Unfälle betrug in dieser Zeit rund 420000; es sind gegen Unfall etwa 18 Millionen Personen versichert. In den Reservefonds der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten der Baugewerks-Berufsgenossenschaften ist jetzt ein Betrag von etwa 126 Millionen Mark enthalten.

Die Versicherungsanstalten des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes und die besonderen Kasseneinrichtungen haben während der Zeit ihres Bestehens (vom 1. Januar 1891 ab) an Invaliden- und Altersrenten, sowie Kapitalabfindungen an Ausländer rund $84^1/_2$ Millionen Mark gezahlt, wozu noch der Reichszuschuss mit rund 55 Millionen Mark hinzukommt. Die Zahl der bewilligten Invaliden- und Altersrenten betrug in dieser Zeit rund 440000. Gegen Invalidität und Alter sind etwa $11^1/_2$ Millionen Personen versichert. Das Vermögen der Anstalten einschliesslich der Reservefonds beläuft sich etwa auf 350 Millionen Mark.

Das Reichs-Versicherungsamt hat während der Zeit seines Bestehens bis heute 1448 grundsätzliche und sonstige wichtige Entscheidungen in Unfallversicherungssachen und 458 prinzipielle Entscheidungen und Beschlüsse in Invaliditäts- und Altersversicherungssachen in seinen „Amtlichen Nachrichten" veröffentlicht.

Die bedingte Begnadigung in Preussen.

Ein vielleicht bedeutsamer Schritt auf dem Wege der Strafrechtsreform hat sich jüngst in Preussen vollzogen. Durch einen vor wenigen Tagen veröffentlichten Ministerialerlass ist die bedingte Begnadigung eingeführt. Sie betrifft zwar nur die Jugendlichen, d. h. solche Personen, die bis zum 18. Lebensjahr Strafthaten begingen, und unter diesen auch nur solche erstmalig Bestrafte, deren Strafe sechs Monate Gefängniss nicht übersteigt. Sie besteht in einem zunächst einjährigen, eventl. mehrjährigen Strafaufschub und bei guter Führung in einem darauf folgenden durch Anrufung der königlichen Gnadenrechte herbeizuführenden entgültigen Straferlass. Die Prüfung der Fälle, bei welchen dieses Verfahren angewendet werden soll, erfolgt offiziell ohne besonderen Antrag des Verurtheilten. Preussen ist nicht der erste deutsche Staat, der diese Maassregel einführt. Sachsen und Hessen sind ihm, man kann wohl sagen mit gutem Beispiel vorangegangen.

Die bedingte Begnadigung unterscheidet sich von der bedingten Verurtheilung im Wesentlichen dadurch, dass der Strafaufschub und der entgültige Straferlass bei letzterer von dem aburtheilenden Gericht ausgesprochen wird, während beides bei der ersteren auf Verwaltungsmassregeln beziehungsweise auf Akten landesherrlicher Gnade beruht. Die Wirkung der bedingten Begnadigung wird hoffentlich ebenso günstig sein, wie die der in ausserdeutschen Staaten eingeführten bedingten Verurtheilung. Es soll dadurch ein Theil der kurzzeitigen Freiheitsstrafen bei erstmaligen Verfehlungen beseitigt werden. Damit muss ein Krebsschaden unserer Rechtspflege fallen, d. i. die allmähliche Angewöhnung an das Strafübel bei dem an geistiger Entwickelung und Lebenserfahrung noch nicht Vollreifen, ja vielleicht wird auch eine Wurzel des Verbrechens dadurch abgegraben, d. i. die Erziehung zur Uebelthat, die Infektion mit verbrecherischen Neigungen, wie sie das Gemeinschaftsgefängniss dem Jugendlichen heutzutage bietet.

Unter solchen Umständen stellt der erwähnte Erlass einen wenn auch indirekten Sieg der internationalen kriminalistischen Vereinigung dar. Sie war es, welche gerade in Deutschland die Aufmerksamkeit der Oeffentlichkeit auf diese Frage lenkte und welche in ihren berufensten Vertretern noch vor wenigen Jahren deshalb die herbsten Anfeindungen erfuhr.

Glaubte doch noch im Jahre 1890 ein Mann von der Bedeutung Bindings, des Leipziger Strafrechtslehrers, die bedingte Verurtheilung durch eine Fussnote in seinen Normen damit abzuthun, dass er sagt: „Die bedingte Verurtheilung macht das Strafgesetz zum Spott der Allgemeinheit, den Strafprozess zum Narren des Verbrechers und den Verletzten zum mit Recht empörten Zeugen von dessen Straflosigkeit." L.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. D. Auf Ihre *Anfrage:* „Ist es möglich, dass ein Mann im Alter von 30 Jahren dadurch, dass er beim Hinfallen mit dem Kinn auf einen scharfkantigen Stein (Chausseestein) aufschlägt, einen Bruch des Unterkiefers erleidet?" — die *Antwort:* dass für die Entstehung der Knochenbrüche am Körper des Unterkiefers nach allgemeiner Annahme die durch eine direkt auf denselben einwirkende Gewalt, wie Sturz auf das Kinn oder Schlag gegen das Kinn, herbeigeführten Frakturen etwa dreimal so häufig sind als die durch eine gewaltsame Zusammenpressung des Kiefers beim Ueberfahren oder Getretenwerden entstandenen indirekten Brüche und dass daher die von Ihnen bezeichnete Entstehungsweise sehr wohl möglich erscheint.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 37 a) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 3.— pro Vierteljahr.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Sanitätsrath Dr. L. Becker, Berlin S., Bärwaldstrasse 47. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke und Annoncen dagegen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

und

Dr. A. Leppmann
Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit Berlin Spezialarzt für Nerven und Geisteskranke.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36.

Jahrgang 1895. № 24. Ausgegeben am 15. Dezember

Wie soll unser Trink- und Nutzwasser beschaffen sein, wie ist dasselbe zu prüfen, woher und wie sollen wir dasselbe entnehmen?

Von
Regierungsrath Dr. R. J. Petri.
Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.

Die Beantwortung der in der Ueberschrift gestellten Fragen ist von jeher, ganz besonders aber anlässlich der jüngsten Choleraepidemien von aktuellem Interesse für Behörden und Privatleute gewesen. Die Antwort wurde und wird nicht nur den Medizinalbeamten, sondern auch unbeamteten Aerzten abverlangt. Ferner ist die Befugniss zu sachverständiger Entscheidung in dieser Angelegenheit früher nnd jetzt häufig den im Wasserversorgungsfach thätigen und erfahrenen Ingenieuren und Technikern, sowie den in der Wasseranalyse bewanderten Chemikern und Apothekern eingeräumt worden. Schliesslich haben sich auch unter dem für solche Fragen am meisten interessirten Laien-Publikum gewisse Ansichten gebildet, an denen, auch wenn sie mit den Auffassungen der Sachverständigen nicht ganz in Einklang stehen, mit grosser Zähigkeit festgehalten wird, besonders, sobald dabei der Privat- oder Gemeindesäckel Gefahr läuft, eine Anzapfung zu erleiden. Es nimmt nicht Wunder, dass die Antworten auf ein und dieselbe Wasserfrage häufig recht verschieden ausfallen. Wenn die betreffende Sachlage für das Urtheil des Einen auch klar und einfach erscheint, so ist dies für den Anderen durchaus nicht der Fall. Es müssten, offen gestanden, die zur Beantwortung nöthigen Kenntnisse viel weiter verbreitet sein, um Einhelligkeit erwarten zu dürfen. Zwischen Aerzten und einem grossen Theil der Wassertechniker ist neuerdings die Vereinbarung bis zu einem erfreulichen Maasse gediehen. Unter den Aerzten selbst ist die alte Kluft, welche die sogenannten „Trinkwassertheoretiker“ von ihren anders denkenden Kollegen trennt, grösstentheils auch überbrückt, und wenngleich die an die Namen von Pettenkofer und Koch sich knüpfenden Auffassungen immer noch in einem gewissen Gegensatze stehen, so sind doch nicht unwesentliche Kompromisse geschlossen, und über viele der hygienisch wichtigen Punkte ist Einigung erzielt.

In nachfolgenden drei Aufsätzen hat der Verfasser es unternommen seine Ansichten in der „Wasserfrage“ dem Leserkreise dieser Zeitschrift in kompendiöser Fassung vorzuführen. Dabei bestand die Absicht, dem ärztlichen Sachverständigen eine bequeme Möglichkeit zu bieten, sich auf dem beregten Gebiete einmal wieder zu orientiren, und zwar ohne Nachschlagen der Spezialwerke. Neues zu bringen lag fern; ein Eingehen auf Details konnte nur in beschränktem Maasse erfolgen. Wenn es gelungen ist, den Kollegen einen Gesammtüberblick als Grundlage etwaiger gutachtlicher Thätigkeit zu verschaffen, so ist der beabsichtigte Zweck erreicht.

Die an unser Trink- und Nutzwasser zu stellenden Anforderungen.

Trink- und Nutzwasser sind hygienisch als gleichwerthig zu erachten. Unter Nutzwasser ist alles für den Haushalt verwendete Wasser verstanden; zum Bereiten der Speisen und Getränke, zum Spülen und Waschen der Essgeräthe, des Geschirrs, ferner zum Waschen und Baden des Körpers, der Wäsche, zum Reinigen der Möbel, der Wohnung und ihrer Umgebung. Dem Verständniss der Aerzte ist diese Gleichstellung wohl allgemein nahe gerückt. In Laienkreisen, vornehmlich unter hygienisch nicht genügend orientirten Mitgliedern von Gemeindevorständen, auch unter den Verwaltungsbeamten wird nach jüngsten Erfahrungen aus der Cholerazeit der Unterschied zwischen beiden Arten Wasser leider immer noch aufrecht erhalten. Die Berechtigung zu den höchsten Anforderungen der bakteriellen Reinheit z. B. wird zwar dem Trinkwasser, nicht aber dem Nutzwasser zugestanden, und die Versorgung mit letzterem als gesundheitlich weniger wichtig erachtet. Ist es doch vorgekommen, dass öffentliche Anstalten für deren Insassen in gesundheitlicher Beziehung Gemeinden oder Behörden verantwortlich waren, aus Sparsamkeitsrücksichten zur Deckung des Nutzwasserbedarfs besondere Leitungen von unfiltrirtem Oberflächenwasser (aus Fluss oder See) hatten, während zum Trinken das theurere, filtrirte Wasser aus anderen Auslässen oder auch aus Brunnen geliefert wurde. Einzelne Choleravorkommnisse waren ohne Zweifel auf diese doppelte Wasserversorgung zurückzuführen. In ähnlicher Weise

darf es hygienisch nicht gebilligt werden, dass öffentliche, dem Publikum zugängliche Brunnen, z. B. an den Strassen und Plätzen, ein zu beanstandendes Wasser führen. Die Aufschrift „Kein Trinkwasser“ genügt keineswegs; von Kindern und selbst von Erwachsenen wird sie nicht beachtet. Sollen derartige Entnahmestellen z. B. zum Tränken der Thiere oder für die Strassenreinigung benutzt werden, so sind etwa durch besondere Verschlusseinrichtungen Unbefugte fernzuhalten.

An die Forderung, dass Trink- und Nutzwasser aus einheitlicher Quelle fliessen sollen, schliesst sich die weitere an, dass beides in ausreichender Menge vorhanden sei. Leider wird das allseitig als berechtigt anerkannte Postulat häufig durch übel angebrachte Sparsamkeit in den Hintergrund gedrängt. Ja man kann es gradezu als ein typisches Vorkommniss bezeichnen, dass die Anlagen für die Wasserversorgung grösserer Gemeindewesen, z. B. die Filteranlagen, von vornherein zu klein bemessen werden. Wie sehr dies die Qualität der Leistungen besagter Filterwerke beeinträchtigt, wie aus ursprünglich ganz rationell konstruirten Filtern durch Ueberanstrengung ein ungenügend gereinigtes Wasser geliefert wird, das ist zwar genugsam bekannt, wird aber aus Rücksicht auf den Geldbeutel wenig beachtet. Grundlagen zur Berechnung der für einen bestimmten Konsumentenkreis benöthigten Wassermenge liegen genug vor — ceteris paribus wird die Gesundheit eines Ortes durch reichliche Wasserversorgung gehoben. Bekanntlich sind besonders die Typhusziffern durch diesen Faktor in manchen Städten (München, Danzig, Berlin), ganz wesentlich zum Sinken gebracht worden. Viel hat dazu neben der Trink- und Nutzwasserversorgung die regelmässige Beseitigung der Fäkalien und anderer gesundheitswidriger Abgänge durch Wasserspülung beigetragen (Kanalisation, Berieselung). Wenn es auch auf den ersten Blick als eine Art von Verschwendung erachtet werden kann, für letztgenannten Zweck das theuere, bakterienarme Leitungswasser z. B. der Sandfiltration zu benutzen, so wird doch das Opfer mehr wie belohnt durch die alsbald hervortretende Assanirung der Orte. Besondere Leitungen von billigerem Wasser für diesen Zweck sind wohl überall zu theuer, ganz abgesehen von dem schon ausgesprochenen Verdikt gegen „zweierlei“ Wasser. Uebrigens kann die Verwendung des Leitungswassers zur Klosetspülung ohne Beeinträchtigung des Effekts durch besondere Einrichtungen (Einschalten von kleinen Wasserkasten) ganz sparsam gestaltet werden. Selbstverständlich muss einer Vergeudung des Wassers vorgebeugt werden. Für Besprengung von Privatgärten, für Springbrunnen, zu gewerblichen Zwecken (Nahrungs- und Genussmittel, Getränke etc. natürlich ausgeschlossen!), z. B. zum Antrieb von Motoren — kurz für alle solche erst in zweiter Linie zu berücksichtigende Zwecke darf, besonders im Hochsommer, bei vielleicht spärlicherem Fluss der Wasserquelle, der Wasserkonsum nicht so überhand nehmen, dass die Verwendung dieses Lebensbedürfnisses für seinen eigentlichen Zweck beeinträchtigt wird. Nicht unerwähnt bleibe die Forderung, dass das Leitungswasser stets unter genügendem Druck stehe. Bei Anlage der Werke ist darauf Rücksicht zu nehmen, damit auch in den obersten Stockwerken das Wasser nicht mangelt. Die Hausanschlüsse sollen, um dies zu erreichen, die genügende Stärke besitzen; leider werden, wieder aus Gründen der Sparsamkeit, oft Rohre von zu kleinem Kaliber verwendet. Die Beschaffenheit des Trink- und Nutzwassers soll ferner eine möglichst gleichmässige sein. Gewisse periodische Schwankungen werden auf Grund natürlicher Vorkommnisse nie fehlen; die Erfahrung lehrt alsbald, was für das betreffende Wasser normal, was abnorm ist. Plötzliche, erhebliche Schwankungen, insbesondere im Bakteriengehalt oder in der chemischen Zusammensetzung sind durchweg die Folgen von Einflüssen, welche die Güte des Wassers beeinträchtigen.

Die Anforderungen nun, welche an die Beschaffenheit unseres Wassers gestellt werden müssen, gipfeln in dem Satze: Giftige oder infektiöse Stoffe oder Keime dürfen in dem Wasser nicht enthalten sein, und es muss die Möglichkeit ihres Hineingelangens ausgeschlossen bleiben. Dazu kommt aber die weitere Forderung: das Wasser soll die zur Erfüllung seines Zweckes erforderlichen positiven Eigenschaften besitzen. Ohne dieselben fehlt der wichtige Anreiz, der es zu einem Genussmittel macht. Sind doch neuerdings Beobachtungen mitgetheilt worden, nach denen reichliche Versorgung mit gutem, zum Genuss auffordernden Trinkwasser der Verbreitung als Alkoholismus entgegenwirkt! Es mögen diese positiven Ansprüche vorweg erledigt werden. Sie erstrecken sich auf physikalische und chemische Eigenschaften, welche der grobsinnlichen Sphäre des Gesichts, Geruchs und Geschmacks angehören. „Trinkt, was klar ist“ gilt für kein Getränk mehr als für das Wasser. Trübungen jeder Art machen das Wasser unansehnlich, unappetittlich, in seltenen Fällen vielleicht auch ungesund. Aber nicht allein der frisch entnommene Trunk soll dieser Anforderung genügen, auch beim Stehen darf im Wasser eine Trübung nicht auftreten. Dies kommt bei vielen Wässern aus der norddeutschen Tiefebene bekanntlich in Folge ihres Eisengehaltes vor. Das Metall ist gewöhnlich in Form von Ferrobikarbonat in Lösung. An der Luft entweicht ein Theil der locker gebundenen Kohlensäure und unter Aufnahme von Sauerstoff scheiden sich braune Flocken von Ferrihydrat bezw. anderen eisenoxydhaltigen Doppelverbindungen aus. Gleichfalls ist es bekannt, dass dieser Eisenschlamm ganze Leitungen verstopft und für die Entwickelung der crenothrix den günstigen Boden abgiebt. Ueber Enteisenungs-Verfahren siehe im dritten Aufsatz dieser Reihe. Ferner kommen Trübungen von kohlensaurem Kalk, von Thonerde u. a. m. vor. In seltenen Fällen scheidet sich Schwefel ab. Moorige Wässer sind zuweilen von Trübungen durchsetzt, die organische Stoffe (Humus) enthalten. Alle diese Dinge gehören in unser Trink- und auch Nutzwasser nicht hinein. Neben Klarheit und Durchsichtigkeit verlangt der Gesichtssinn eine gewisse Farblosigkeit. In meterdicken Schichten ist chemisch reines Wasser bekanntlich blau. Die im Trink- und Nutzwasser gelösten Stoffe verleihen demselben eine schwach gelbliche Farbe. Diese darf jedoch in den zum Trunke geschöpften Mengen nicht hervortreten. Weitaus am wichtigsten für die grobsinnliche Beschaffenheit des Trinkwassers ist seine Temperatur. Nur das Wasser löscht den Durst und verursacht das Gefühl des Wohlbehagens, welches kühl ist; etwa 6—14° C. soll ein Trinkwasser haben. Kälteres Wasser kann Verdauungsstörungen hervorrufen, wärmeres verschafft nicht den Genuss, welcher mit der Abstellung des Durstgefühls verbunden sein soll; es erscheint lau und fade, und wird ungern getrunken. Leider ist es besonders im Hochsommer nicht überall leicht, dieser Forderung zu genügen, z. B. das Leitungswasser von dieser Kühle zu liefern. Die Flüsse und Seen, denen wir in vielen Fällen unser „Rohwasser“ entnehmen, sind bis zu der Tiefe, in welcher die Entnahmerohre münden, nicht unerheblich wärmer (20° und mehr) und die Filtrate bei dem verstärkten Sommerkonsum finden keine Zeit, sich in den Reinwasserbassins genügend abzukühlen, zumal dieselben oft verhältnissmässig zu klein oder der Einwirkung der Sommerwärme nicht genügend entzogen sind. Wasser aus Tiefbrunnen oder Quellwasser pflegt den Vorzug gleichmässiger Kühle zu besitzen.

Auch an die chemischen Eigenschaften des Wassers stellt unser Geschmack positive Anforderungen. Es ist wahr, der Temperatursinn unserer Mundorgane kommt für die Beurtheilung, ob ein Trunk erfrischend und gut schmeckt, in erster Linie in Betracht, und ein weiches, an gelösten Bestandtheilen armes Wasser wird ganz gern getrunken, wenn es nur angenehm kühl ist. Je weniger dies jedoch der Fall, desto mehr verlangen wir für die Güte des Geschmacks die Anwesenheit gewisser Stoffe im Trinkwasser. Dies sind vernehmlich anorganische Salze sowie Kohlensäure und Luft. Destillirtes, entluftetes Wasser „schmeckt" fade und „wie Regenwasser". Daraus geht hervor, dass die Anwesenheit von Kohlensäure und Luft allein — an beiden ist ja das Regenwasser nicht arm — unsere Wünsche nicht befriedigt, sondern auch die festen Bestandtheile verlangt werden. Unser Geschmack ist an diese Zuthat gewöhnt, und wir sagen von einem Wasser, welches eine gewisse Menge solcher Stoffe gelöst enthält, dass es einen besonders auffallenden Geschmack nicht hat. Salziges und brackiges Wasser schmeckt uns ebenso wenig wie Regenwasser. Das Gute liegt auch hier in der Mitte, allerdings lässt sich nicht in Abrede stellen, dass auch für Trinkwasser „die Geschmäcker verschieden sind." Der Sachverständige wird mit dieser Thatsache zu rechnen verstehen und den Werth seiner eigenen Geschmacksprobe nicht zu hoch veranschlagen. Das grosse Publikum, besonders der Theil, dessen Geschmacksnerven durch Tabak, Spirituosen, scharfe Gewürze etc. nicht abgestumpft sind, unterscheidet ziemlich feine Nuancen im Geschmack des Wassers, und lässt sich von demselben bei der Aufsuchung des „besten" Wassers leiten. Hygienisches Gewicht könnten diese Geschmacksrichtungen höchstens in dem Sinne beanspruchen, dass die Reichlichkeit des Wassergenusses von ihnen abhängt; aber diese Geschmacksansprüche wechseln, zumal bei einer Aenderung in der Beschaffenheit des gebotenen Wassers. Es sei gestattet, hier ein curiosum zu erwähnen, was der Verfasser unlängst beobachtet hat. In einer mittelgrossen Stadt, die sich schon längere Jahre eines guten Leitungswassers erfreute, hat dieses im letzten Jahrzehnt durch Bergwerksabgänge einen Gehalt an Kochsalz bekommen, der zuweilen die Menge von 3,5 g im Liter übersteigt. Das Wasser schmeckt zweifellos salzig und erscheint Fremden unangenehm. Dies gilt gleichfalls von Kaffee und Thee, mit dem Wasser bereitet. Anfangs beschwerten die Einheimischen sich allgemein über die Verschlechterung ihres sonst so tadellosen Wassers und suchten sich besseres überallher mühsam zu verschaffen. Das ist aber infolge der hydrologischen Verhältnisse nicht leicht, und so hat man sich mehr oder weniger an das Salzwasser gewöhnt, zieht es sogar für gewisse Zwecke dem „süssen" vor! An dem Ort ist auch eine Irrenanstalt. Als der Direktor durch Anlegung eines eigenen Brunnens seinen Pfleglingen unversalzenes Wasser verschaffte, wies ein Theil derselben die mit dem neuen Wasser bereiteten Getränke zurück und verlangte die Zubereitung mit dem gewohnt gewordenen, salzigen Wasser!

Die Anforderungen unseres Geruchssinnes an Trink- und Nutzwasser sind wieder mehr negativer Art. In der Form und Fassung, wie sich gewöhnlich der zum Löschen des Durstes bestimmte Trunk präsentirt, treten etwa vorhandene, riechende Eigenschaften allerdings nicht immer hervor. Die Forderung, dass unter diesen Umständen das Wasser geruchlos sei, ist daher noch nicht scharf genug. Besonders gehasst, und das mit Recht, ist der Geruch nach faulen Eiern. Derselbe kann durch bakterielle Zersetzungen hervorgerufen werden und in diesem Fall ist das Wasser schon aus mikrobiologischen Gründen zu verwerfen. Aber auch dann ist der Schwefelwasserstoff als solcher bedenklich, wenn er, wie dies bei Wasser aus Tiefbrunnen zuweilen vorkommt, durch chemische Umsetzungen in den kleinsten Gesteinstrümmern der wasserführenden Schichten gebildet wurde. Weniger bedenklich, aber ihres ekelerregenden Charakters halber gleichfalls unzulässig, sind Gerüche nach Kohlenwasserstoffen, die durch Zuflüsse aus kohlehaltigen Schichten verursacht werden. Ein Geruch des Wassers nach Leuchtgas aus undichten Rohrleitungen erheischt gleichfalls sofortige Abhilfe und verbietet den Weitergenuss des Wassers. Ein etwaiger Geruch des Wassers tritt besonders deutlich bei seiner Verwendung im Haushalte, z. B. beim Kochen, sowie beim Aufwischen der Fussböden hervor. Zu letzterem Zwecke wird das Wasser — kalt oder warm — über eine grosse Fläche ausgebreitet. Riechende Bestandtheile verflüchtigen sich bei dieser Manipulation. Die Gerüche verbreiten sich in der Wohnung, haften derselben und den darin befindlichen Gegenständen zuweilen noch längere Zeit an und stören die Behaglichkeit. Wässer, die durch Zuflüsse aus Abortgruben etc. verunreinigt sind, entwickeln dabei zuweilen einen deutlichen Abtrittsgeruch, während ein „frischer Trunk" desselben Wassers seine gefährliche Beimengung gar nicht erkennen lässt. Auch beim Spülen des Geschirrs, beim Waschen und Baden treten verborgene Gerüche auf, und warnen vor der Weiterbenutzung des Wassers im Haushalte.

Unsere Sinne sind daher in Bezug auf die Auswahl des Trink- und Nutzwassers bis zu einem gewissen Grade gar nicht zu verachtende Wächter der Gesundheit. Leider dürfen wir uns auf ihre Warnungen mit absoluter Sicherheit nicht verlassen. Wir kommen nicht daran vorbei, der „Wasserfrage" etwas gründlicher zu Leibe zu gehen.

Ueber das mikro-biologische Verhalten des Wassers geben die Sinne irgend eine Auskunft so ohne Weiteres überhaupt nicht, und die hygienisch erheblichsten Anforderungen liegen gerade auf diesem Gebiete. Aber auch die chemische Zusammensetzung eines Wassers, wie sie erst durch die Analyse ermittelt werden kann, ist hygienisch nicht gleichgültig. Das vorerwähnte Resultat: unser Trink- und Nutzwasser dürfe keine giftigen Stoffe enthalten, ist selbstverständlich. Durch Abgänge industrieller Anlagen durch die Benutzung unzulässiger Leitungröhren gelangen unter Umständen auch Gifte ins Wasser, z. B. Arsen, Blei, Kupfer, Zink etc.; glücklicherweise kommt dies nur in seltenen Ausnahmefällen vor, und ist chemisch leicht zu entdecken. Doch auch hinsichtlich der an sich unschädlichen, im Wasser gelösten Bestandtheile sind bestimmte Anforderungen zu stellen. Die meisten in den oberen Schichten der Erdrinde vorkommenden Stoffe sind (zum Theil erst mit Hilfe der in der Bodenluft vorhandenen Kohlensäure) im Wasser löslich und weil das Wasser auf seinem natürlichen Kreislauf vielfach Gelegenheit findet, mit diesen Substanzen in längere oder kürzere Berührung zu kommen, nimmt es eine den jeweiligen Umständen entsprechende Menge davon auf. Das ist der Schlüssel für das natürliche je nach der Oertlichkeit wechselnde Vorkommen der meisten anorganischen und auch einiger organischer Stoffe im Wasser. Im Allgemeinen darf man daran festhalten, dass die auf natürlichem Wege in das Wasser gelangten Stoffe gesundheitlich nicht zu beanstanden sind. Die Gefahr fängt erst mit der Aufnahme von solchen „unnatürlichen" Bestandtheilen an, welche dem Haushalte des Menschen (einschliesslich der Viehhaltung), der Industrie etc. entstammen. Selbstverständlich gelten hinsichtlich der Art und Menge der Stoffe gewisse, aber ziemlich weit gezogene Grenzen. Kohlensäure, die Bestandtheile der Luft, Verbindungen der alkalimetalle Kalium und Natrium, der alkalischen Erden, Kalk, Magnesia, der Thonerde und des Eisens mit Kohlensäure, Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure und Kieselsäure sind hier zu

nennen. Aber auch Ammoniak, Salpeter- und salpetrige Säure gehören hierher, da sie durchaus nicht immer, wie früher vielfach angenommen, als Bestandtheile oder Ueberreste „unnatürlicher“ Zuflüsse (Stadtlauge, Fäulniss- und Verwesungsprozesse etc.) anzusehen sind. Ein Gleiches gilt von der Anwesenheit einer gewissen Menge „organischer“, durch Kaliumpermangenat oxydirbarer Substanz. Solche wird z. B. aus den oberen Bodenschichten der mit Pflanzenwuchs bestandenen Flächen aufgenommen und ist hygienisch durchaus nicht immer zu beanstanden.

Weit wichtiger, weil die Brauchbarkeit des Wassers zum Trinken und ganz besonders zu Haushaltungszwecken (Waschen, Kochen etc.) davon abhängt, ist die Anwesenheit der alkalischen Erden, welche die Härte bedingen. Wir ziehen zum Trinken ein hartes Wasser vor, doch soll die Härte etwa 20 deutsche Grade nicht übersteigen. Besonders ist Wasser mit abnorm hohem Gehalt an Magnesia, etwa mehr als 40 Milligramm pro Liter, zu vermeiden. Die mit hohem Eisengehalt verbundenen Uebelstände sind schon erwähnt. Früher stellte man für die im Wasser gelösten Stoffe sogenannte „Grenzwerthe“ auf, an welche man sich bei der Beurtheilung halten sollte. In einem zweiten Aufsatze wird die Bedeutung dieser Zahlen richtig gestellt werden. Hier nur der Hinweis, dass solche Grenzzahlen unter Kenntniss der örtlichen Verhältnisse zwar gewissen Werth beanspruchen können, nicht aber für die Beurtheilung im Allgemeinen. Auch die Forderung, der Trockenrückstand dürfe etwa 500 Milligramm im Liter nicht übersteigen, gehört hierher. So ohne Weiteres ist ferner nicht zu entscheiden, ob ein gegen Wasser aus anderen Gegenden erhöht erscheinender Gehalt an Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure der „Stadtlauge“ entstammt oder „natürlich“ ist. An sich sind bekanntlich alle diese erwähnten Stoffe selbst in weit grösseren Mengen, wie sie im Wasser angetroffen werden, unschädlich. Fäulnissstoffe soll selbstverständlich das Trink- und Nutzwasser nicht enthalten, auch Verbindungen wie Harnstoff, Harnsäure etc., die nur als „unnatürliche“ Beimengungen anzusehen sind, bedingen durch ihre Anwesenheit ein Verwerfen des Wassers. Ueber die Zulässigkeit z. B. grosser Mengen von Kochsalz im Wasser, wenn dieses zwar nicht den Haushaltungs- oder Stallabgängen seine Herkunft verdankt, aber aus bergmännischen Betrieben (Gruben- und Stollenwässern etc.) herrührt, kann man getheilter Ansicht sein. Mengen wie die obengenannten, bis über 3,5 g im Liter, dürften wohl für die Mehrzahl der Konsumenten des salzigen Geschmackes wegen zu einer Beanstandung führen, aber auch für diesen Fall ist die Aufstellung einer „Grenzzahl“ unthunlich.

Die wichtigsten Anforderungen an das Trink- und Nutzwasser liegen auf mikrobiologischem Gebiet. Erst die Erkenntniss von der mikro-parasitären Ursache einer Anzahl von Infektionskrankheiten hat zur Aufstellung dieser Forderungen an erster Stelle geführt. Allerdings darf das Zwischenglied nicht vergessen werden, der Nachweis nämlich, dass gewisse Infektionskrankheiten durch das Wasser verbreitet werden können und thatsächlich verbreitet worden sind. Näher auf die Berechtigung dieser Auffassung, z. B. hinsichtlich der Cholera und des Typhus einzugehen, muss ich mir hier versagen.

Als ideal kann ein Wasser bezeichnet werden, welches mit vollständiger und dauernder Mikrobenfreiheit die vorerwähnten, positiven physikalischen und chemischen Eigenschaften verbindet. Leider sind verhältnissmässig wenig Menschen in der glücklichen Lage, sich solchen Besitzes zu erfreuen. Inwieweit eine Annäherung an dieses Ziel durch verbesserte Wasserversorgungen erstrebt werden kann, soll im dritten Aufsatz dieser Reihe dargelegt werden. Meist sind die Konsumenten auf ein Trink- und Nutzwasser angewiesen, welches mehr oder weniger stark bakterienhaltig ist. Wir sind mithin gezwungen, unsere Anforderungen in dieser Beziehung etwas herabzumindern. Nichtsdestoweniger sollen wir in der Konzession an die leidige Unvollkommenheit unserer Wasserversorgung nur bis zu einer bestimmten Grenze gehen, die unter keinen Umständen rückwärts überschritten werden darf: Krankheitserregende Mikroorganismen (nebst deren Keimen) sowie solche aus menschlichen und thierischen Abgängen und alle von Fäulniss- und Verwesungsprozessen jeglicher Art herrührenden dürfen im Trink- und Nutzwasser nicht geduldet werden. Aufgabe des zweiten Aufsatzes dieser Reihe wird es sein, zu zeigen, wie der Sachverständige bei der Beurtheilung eines Wassers sich hierüber genügende Auskunft verschaffen kann. Welche Mikroorganismen dürfen wir dagegen als gesundheitlich indifferent im Wasser ansehen? Kurz gesagt: Die natürliche Mikroflora des betreffenden Wassers (hauptsächlich Algen und Bakterien). Gleiches gilt von gewissen harmlosen thierischen Mikroben aus dem Reiche der Protisten. Zur Orientirung über die Bakterienflora des Wassers mögen einige Angaben über das bakterielle Verhalten verschiedener Wasserarten dienen. Das Meteorwasser (Regen-, Schneeschmelzwasser etc.) nimmt aus der Luft je nach deren Verstaubung mehr oder weniger Mikroben auf. Besonders seine ersten Portionen können daher ziemlich reich an solcher Beimengung sein; nachströmender Regen dagegen ist nicht selten bakterienfrei. Wir benutzen dies weiche Wasser vielfach für Haushaltungszwecke, und thun gut daran, denn bedenkliche Mikrobenkeime sind darin nicht zu vermuthen. Aber schon auf dem Boden findet das Niederschlagswasser Gelegenheit, (unter Umständen) weniger harmlose Verunreinigungen bakterieller Art aufzunehmen, z. B. aus Abgängen aller Art, Misthaufen, faulenden und verwesenden thierischen Resten etc. Solches Wasser ist daher zu verwerfen. Ein Theil sickert vielleicht in durchlässigen Boden ein, und wird daselbst durch natürliche Filtration von den aufgeschwemmten Keimen wieder befreit. Ein anderer Theil fliesst in die Rinnsale, Bäche, Flüsse, Teiche, Seen — kurz vermehrt und verschlechtert in mikrobiologischer Beziehung die Menge des Oberflächenwassers, von welchem der menschliche Wasserbedarf oftmals gedeckt wird. In die Wasseransammlungen mit freier Oberfläche gelangen zu dem Abgänge der benachbarten Anwesen, und, wenn die Wässer schiffbar sind, vornehmlich der Schiffsbevölkerung hinein. Mithin sind diese Wasservorräthe fast immer suspekt und ihr Wasser soll vor der Verwendung einem Reinigungsprozess unterliegen. In den meisten Fällen wird die Sandfilteration benutzt. Richtig gehandhabt schützt sie die Konsumenten ausreichend, obschon dies Verfahren eine absolute Gewähr gegen das Durchpassiren geringer Mengen ungehöriger Bakterien nicht giebt. Ein jedes Filterwasser hält Bakterien, die nicht nur vom „Rohwasser“ sondern in der Mehrzahl aus dem Filter, den Sammelbassins und den Leitungen herstammen. Für gewöhnlich können diese Arten als harmlos angesehen werden, jedoch hat die örtliche Erfahrung darüber zu entscheiden und auch die Zahl und ihre periodischen Schwankungen thunlichst festzulegen. Das in die Tiefe dringende Wasser wird, wie erwähnt, natürlich filtrirt. Tritt es vor Beendigung dieser Filtration, z. B. in Flachbrunnen oder Rasenquellen zu Tage, und haben solche Wasserentnahmestellen, wie gar nicht selten, direkte Zuflüsse von unreinem Oberflächenwasser, dann sind sie zur Wasserversorgung ungeeignet. Erst der Tiefbrunnen erschliesst uns das keimfreie Grundwasser, was in mikrobiologischer Reinheit auf gleicher Stufe steht mit dem aus Gesteinsquellen sprudelnden Quellwasser. Richtig entnommen, kommen beide Arten von Wasser dem vorerwähnten „Ideal“ am nächsten. Leider wird aber in der Entnahmeeinrichtung von Seiten des Menschen vielfach so gesündigt, dass

das Geschenk einer gütigen Natur hygienisch total verdorben wird. Ueber tadellose Brunnen im dritten Aufsatz. Hier nur die Angabe, dass auch schlechte Brunnen, die aber in normalem, keimfreiem Grundwasser stehen, manchmal gut korrigirt werden können. Uebrigens giebt es auch eine natürliche Mikrobenflora der Kesselbrunnen, deren Arten ganz harmlos sind; mithin ist es nicht de rigueur, dass jedes Wasser aus solchen Brunnen bakterienfrei sein soll. Auch hier sind lokale Erfahrungen massgebend. Die Röhrenbrunnen (Abessynier) sind den Verunreinigungen der Kesselbrunnen nicht zugänglich; ihr Wasser ist daher ceteris paribus das beste.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Bedeutung der Ankylose des Talo-calcaneal-Gelenkes.

Von
Dr. Ferdinand Bähr-Hannover.

In einer Abhandlung über die Kompressionsfrakturen des Fersenbeines hatte ich die Vermuthung ausgesprochen, dass in allen Fällen, vorausgesetzt, dass der Knochen in der Nachbarschaft des Talo-calcaneal-Gelenkes getroffen wird, eine mehr oder minder ausgesprochene feste Vereinigung in diesem Gelenk stattfinden werde, ohne aber einen pathologisch-anatomischen Beweis hierfür zu haben. Dieser ist neuerdings durch die schönen Präparate Golebiewskis geliefert worden, an denen bald feste knöcherne Vereinigung lediglich zweier kleiner benachbarten Flächen vorhanden, bald aber auch eine vollständige Synostose zwischen Talus und Calcaneus nachweisbar war. Talus und Calcaneus machten so den Eindruck eines einzigen Knochens und nach der ganzen Gestaltung dieses ist vielleicht anzunehmen, dass nennenswerthe Beschwerden von dem eigentlich frakturierten Knochen nicht mehr ausgehen. Und doch können Beschwerden vorhanden sein.

Ich selbst habe l. c. auf die Bewegungen, welche im Talocalcaneonavicular-Gelenk stattfinden, wenig Werth gelegt, ich hielt die Flexionsbewegungen im Talocruralgelenk für die annähernd normale Gebrauchsfähigkeit des Fusses für ausreichend. Wie ich, hatten auch Andere geurtheilt, so Becker in seinem Lehrbuch der Sachverständigenthätigkeit: „Die Beeinträchtigung dieser Bewegungen könnte wohl unter Umständen die Ausübung gewisser Berufsthätigkeiten bei Anstreichern, Dachdeckern, Putzern und Maurern, die auf Leitern und schwankenden Gerüsten arbeiten, beeinträchtigen; in der Regel aber ist sie bei gewöhnlicher Arbeit ohne Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit, wie denn auch die Erfahrung lehrt, dass Leute mit plumperer Fussbildung oder mit geringeren Fehlern an den Füssen (Plattfüssen, übereinandergelegte Zehen) in ihren Arbeits- und Erwerbsverhältnissen dadurch nicht gestört werden". Becker spricht von „Luxusfunktionen" und ist hiermit bei Golebiewski auf Wiederspruch gerathen. Weitere Beobachtungen hatten mir das Irrthümliche meiner Ansicht ergeben und ich habe dieselbe deshalb berichtigt. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894 No. 4).

Es ist mir später vielfach gelungen, die Ankylose des Talo-calcaneal-Gelenkes am Lebenden nach Calcaneus-Frakturen mit Sicherheit nachzuweisen. Ohne wesentliche Deformität bestanden dabei Beschwerden, welche aber keineswegs mehr auf den Calcaneus lokalisirt wurden, sondern oberhalb desselben. Regelmässig geben solche Patienten an, dass ihnen das Gehen auf ebenem Boden keinerlei Mühe mache, dass aber bei Unebenheiten leicht Schmerzen auftreten, dass das Bein leichter lahm werde, dass es oft bei leichtem Umkippen in das Gelenk hineinschiesse und dergl. mehr. Oft gehen auch die Patienten noch lange mit auswärtsgerichteter Fussspitze und dies offenbar nicht allein in der Absicht, das Durchgehen der Schwerlinie durch das Fussgelenk, d. h. das Abwickeln zu vermeiden, sondern auch zu dem Zwecke, dem Fuss eine breitere Basis beim Auftreten zu sichern, indem er zur Gehrichtung mehr senkrecht als parallel gestellt wird, wodurch das Umkippen weniger leicht möglich ist.

Zweifellos haben diese Beschwerden ihre Ursache in Dehnungen und Zerrungen, welche an dem Bandapparate stattfinden. Solche sind jetzt leichter möglich, weil die Sohle sich wegen des Ausfalles der Bewegungen im Talo-calcaneo-navicular-gelenk der Unebenheit des Bodens nicht mehr wie früher adaptiren kann, die Wirkung der Hebung des äusseren und inneren Fussrandes wird deshalb direkt in das Sprunggelenk übertragen und ist jetzt um so mächtiger, weil die Kraft wegen der Vereinigung von Talus und Calcaneus in einem längeren Hebelarme wirkt. Wie stark die Kraft aber wirken kann, das beweisen mir die auf diesem Wege gelegentlich entstehenden Malleolen-Frakturen. Es können also auf diese Weise jedenfalls ganz energische Zerrungen des Bandapparates erfolgen, welche zu einer Erschlaffung dieses, damit auch zu einer Disposition zur Wiederholung dieser Vorkommnisse führen und so die Quelle mannigfacher Beschwerden abgeben. In der Folge kann aber, ebenso wie beim traumatischen Plattfuss, allmählich die Exkursionsfähigkeit des Sprunggelenkes verringert werden, während bei Beginn ein vielleicht etwas sehr ergiebiger Umfang der Flexionsbewegung die Störung übersehen lassen mag. Aber auch das Kniegelenk kann in Mitleidenschaft gezogen werden, weil infolge der verminderten Statik sein Bandapparat ebenfalls mehr in Anspruch genommen wird, wie z. B. beim sekundären Genu valgum bei Pes valgus. Begünstigt wird das Eintreten der geschilderten Eventualität von vornherein dadurch, dass nach den meisten Calcaneus-Frakturen eine mehr oder weniger ausgeprägte pathologische Fussstellung zurückbleibt. Nicht immer aber liegt dieser Vorgang der engeren Zeit nach dem Unfall nahe, die subjektiven Beschwerden können hier noch gering sein, um erst später aufzutreten, wenn eben die Gelegenheitsschädlichkeiten wirken, welche Anfangs vielleicht zufällig ausgeschlossen waren. Und man wird hieran denken müssen, wenn ein Verletzter nach Uebersiedelung in eine Gegend, welche unebenes Terrain hat, über eine Zunahme seiner Beschwerden klagt, wenigstens sind mir solche Fälle erinnerlich. Man kann übrigens ähnliche Verhältnisse, oft auch noch Verletzung im vorderen Abschnitt des Fusses finden, wenn eine nach aussen gelegene Fraktur beim Gehen die Hebung des betroffenen Fussrandes zu erstreben sucht. Auch hierbei wird die Festigkeit der Sprunggelenke oft über Gebühr in Anspruch genommen.

Die Therapie dieser Fälle liegt auf der Hand. Sie hat das Fussgelenk gegen jegliches seitliche Umkippen zu schützen. Vor Allem muss die Muskulatur in der Lage sein, dieser Anforderung zu genügen. Dann aber kommt geeignetes Schuhwerk in Frage, welches im Fussgelenk nur Flexionsbewegungen gestattet. Es wäre zweckmässig, in dem Schnürschuh geeignete Vorrichtungen anzubringen. Die Aufgabe ist wohl zu lösen, ohne dass man den Stiefel an seitlichen oben am Unterschenkel fixirten Schnüren befestigt.

Ein Hinweis auf die Muskulatur sei zum Schluss noch gemacht. Es ist gar nicht so selten, dass man in solchen Fällen eine gut entwickelte, ja sogar kräftigere Muskulatur findet als an dem gesunden Beine. Das hat wohl seinen Grund darin, dass die Muskulatur des verletzten Beines mehr zu leisten hat. Es wäre also bisweilen verfehlt, wollte man aus diesem Verhalten den Schluss auf die gute Funktionsfähigkeit des Beines unter allen Umständen ziehen und die Berechtigung der Angaben des Verletzten verkennen. Die Untersuchung des Bandapparates wird deshalb in der Beurtheilung der Unfallsfolgen

von grosser Bedeutung sein, und es bleibt ein grosses Verdienst Lesers, unsere Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse gelenkt zu haben.

Referate.

Ueber die Geistesstörungen der Entarteten.

Psychiatrische Vorlesungen von Victor Magnan.
Deutsch von P. J. Moebius.

Auf Anregung seines deutschen Uebersetzers Moebius hat Magnan eine Reihe von Einzel-Vorträgen, die er in den letzten elf Jahren bei verschiedenen Gelegenheiten gehalten hat, unter dem obengenannten Titel vereinigt. So liegt uns in seinen Abhandlungen kein einheitliches Werk, kein einheitliches Lehrbuch vor; aber klar und fast lückenlos lassen sich aus den mannigfachen Arbeiten die Lehren des Verfassers erkennen, zu deren Begründung ein sorgfältigst zusammengetragenes reiches Material an Fällen hinzugefügt ist. Um jede Undeutlichkeit auszuschliessen, hat Moebius in der Einleitung die Schriften von Magnans Schüler, Legrain, benützt, das System des französischen Meisters zu erläutern.

Das Werk enthält (Bd. 2, S. 33/34) eine Eintheilung der Psychosen, in der sich deutlich zeigt, was für einen Umfang und welche Bedeutung Magnan den „Geistesstörungen der Entarteten" zuweist. Denn er erkennt ausser ihnen nur die ihnen nahestehenden intermittirenden Irrseinsformen, ferner die reine Manie, Melancholie und Paranoia completa (délire chronique à évolution systematique) als eigentliche Psychosen an (Paralysis progr., Dementia senilis, Epilepsie und Hysterie, Vergiftungspsychosen, Cretinismus gelten ihm als Uebergangsformen zu den Gehirnkrankheiten im engeren Sinne). Es fallen also für ihn unter den Begriff „folies des dégénérés" eine Menge von Symptomkomplexen, deren Klassifizirung von jeher der Gegenstand wissenschaftlicher Streitfragen war.

Worauf gründet Magnan diese Zusammenfassung? Was versteht er unter Entartung? Wie gelangt er dazu, sie als einheitliches Charakteristikum mannigfaltiger Krankheitserscheinungen zu betrachten? Zur Beantwortung dieser Fragen ist zunächst eine Auffassung auszuschalten: „Entartete" ist bei Magnan nicht gleichbedeutend mit „Hereditarier". Es ist gar nicht allen Dégénérés die erbliche Anlage gemeinsam, nur handelt es sich jedesmal um Schädigungen der seelischen Entwickelung in einer sehr frühen Periode; die Macht der Vererbung stellt natürlich das Hauptkontingent, aber im intrauterinen Leben oder im frühen Kindesalter erlittene Unbilden führen oft zum gleichen Resultat. Und andrerseits ist ein hereditär Belasteter, der einmal eine reine Melancholie durchmacht oder einer typischen Paranoia verfällt, noch lange kein „Entarteter". Vielmehr gehören zum Wesen der Entartung gewisse immer wiederkehrende Entwickelungsanomalien des Körpers und der Seele, die Stigmata der Degenerirten. Es charakterisirt sich also die grosse Gruppe der Psychosen, welcher Magnans Werk gilt, ätiologisch durch die frühen Schädigungen der Entwickelung, klinisch durch die Stigmata.

Die Anthropologie hat uns eine Fülle von körperlichen Degenerationszeichen kennen gelehrt, welche Gemeingut der Psychiatrie geworden sind. Magnan adoptirt sie und erwähnt noch einige weniger allgemein bekannte Bildungsfehler des Auges; ausführlicher geht er auf die geistigen Stigmata ein. Es sind dies Abnormitäten des Seelenlebens, welche von früher Jugend an dem Wesen des betr. Individuums ein bestimmtes, krankhaftes Gepräge geben. Graduell entwickeln sie sich sehr verschieden. Es kann eine Verkrüppelung der Seele zu Stande kommen, wie bei den Idioten, in andern Fällen sind die Fähigkeiten nur allgemein verringert — das sind die Imbecillen, es giebt aber auch Formen, bei denen im Grossen und Ganzen die Seele hochentwickelt ist, die dégénérés supérieurs, deren Krankheit in einer Disharmonie, einem mangelnden Gleichgewicht der psychischen Entfaltung besteht, die Instabeln. Wunderlichkeiten vom Kindesalter an, seltsame Neigungen, krankhafte Triebe und Hemmungen bestehen bei ihnen als Zeichen eines dauernd abnormen Zustandes, der bei Vielen zeitweise in Form der Syndromes („Zufälle" der Entarteten exacerbirt. So existirt also bei allen Entarteten eine „folie", eine Geistesstörung. Diese gestaltet sich aber leicht zum Irresein im engeren Sinne, zum „délire", um. Doch auch im délire behält er die Merkmale seiner ursprünglichen Anomalie. Dadurch entstehen Formen, an denen Polymorphismus charakteristisch ist, Formen mit einem wirren Durcheinander zusammenhangloser Wahnideen, mit Vorliebe mystischer oder erotischer Natur, Paranoia mit primären Grössenideen, Hallucinationen, die rechts und links verschieden sind. Die Erkrankungen treten unvermittelt, ohne Ursache, ohne Prodrome auf (délire d'emblée), führen nicht zu festen Systemen, verschwinden oft in kurzer Zeit spurlos, oft noch nach Jahren, führen in andern Fällen zu rascher Verblödung. Sie haben etwas Atypisches, Bizarres, Disharmonisches — ganz wie das Wesen der Entarteten ohne Délire.

Weit ausführlicher als diese sekundären Störungen werden die vorhin nur kurz erwähnten Syndromes episodiques behandelt, deren Wichtigkeit eminent ist, die bedeutsamsten „Stigmata". In ihnen finden wir jene Zustände wieder, die der theorethischen und forensischen Psychiatrie die grössten Schwierigkeiten geboten haben: die früher sogenannten Monomanien und die perversen sexuellen Triebe. Die Onomato-, Zoophilo- und Dipsomanie, die Kauf- und Spielwuth, die Mord-, Stehl- und Brandstiftungssucht, die Spitzen-, Berührungs- und Feuerfurcht, die Platzangst, die Nymphomanie, konträre Sexualempfindung, Exhibitionismus — sie alle kommen auf dem Boden der Entartung zu Stande. Und die zahlreichen Krankengeschichten legen immer wieder dar, dass es sich hier thatsächlich um einzeln dastehende Verirrungen einer sonst gesunden Seele handelt. Ueberall findet man im Vorleben der Betreffenden die Stigmata, meist lässt sich auch die erbliche Belastung konstatiren. Der Kranke, welcher mit vierzehn Jahren einen unwiderstehlichen Trieb zum Stehlen empfand, hatte eine neuropathische Mutter und Schwester, einen zeitweise dem Trunke ergebenen Vater. Er hatte selbst als Kind an Krämpfen gelitten, war boshaft und dabei gescheut, konnte absolut nichts Saures geniessen, empfand heftige Uebelkeit beim Knirschen eines Korks, musste oft ohne Veranlassung lachen —, kurz, er war ein Entarteter. So auch jener gebildete, sozial hochgestellte Mann, der an konträrer Sexualempfindung litt: zahlreiche Sonderbarkeiten in seiner Ascendenz, speziell die nachweisliche Instabilität des Vaters, beim Kranken selbst ein Hang zum Stehlen in früher Knabenzeit, später hysterische Krampfanfälle, Zählsucht und dergleichen verrathen deutlich den dégénéré.

Der Nachweis, dass die als „Zufälle" angeführten Abnormitäten Zeichen einer allgemeinen Krankheit sind, hat für den forensisch thätigen Arzt besonderes Gewicht. Er erleichtert ihm wesentlich die Darlegung, dass vermeintliche Verbrecher, welche gestohlen oder die öffentliche Ordnung in irgend welcher Weise gestört haben, unter Umständen wirkliche Kranke sind. Das Syndrome für sich kennzeichnet sich indessen, wo immer wir in der Lage sind, seinen Verlauf genauer zu beobachten, auch ohne Berücksichtigung des Vorlebens als eine echte Krankheitserscheinung, als Zwangsvorstellung, Zwangstrieb, Zwangshandlung. Ein mehr oder weniger unwiderstehlicher Trieb erfasst den Kranken, er wird zerstreut,

ängstlich, unruhig, Oppressionsgefühl, kalter Schweiss stellt sich ein. Die Unruhe und Aufregung wächst, und in ausgeprägten Fällen werden alle Schranken durchbrochen, bis das Verlangen gestillt ist, dann macht sich ein Gefühl der Befriedigung geltend. Allgemeine Mattigkeit und Unfähigkeit pflegt dem Anfall vorauszugehen, während desselben besteht geistige Klarheit. Bei den Kranken, welche durch ihre Zwanghandlungen ihre Ehre und Gesundheit, das Glück ihrer Familie gefährden und oft genug ruiniren, tritt, falls sie sonst moralisch hoch stehen, nach dem Anfall die tiefste Verzweiflung ein, deren Ernsthaftigkeit sich nicht selten in echten Selbstmordversuchen kundthut, und sie wenden Alles auf, um sich vor einer Wiederholung zu retten. Die Dipsomanen mischen sich Koth und Urin in die Alcoholica, die sexuell Perversen flüchten zur Einsamkeit, der Spielwüthige lässt sich alles Geld abnehmen — und doch kann nur der absoluteste Zwang sie hindern, im Moment des Syndrome den Trieben nachzugeben. Ihr Zustand ist, wie eine Vergleichung der typischen Symptome darthut, der Melancholie nicht unähnlich.

Es ist hier nicht der Ort, auseinanderzusetzen, in wie verschiedener Art der Entartete mit dem Gesetze in Konflikt kommen und somit Gegenstand eines ärztlichen Gutachtens werden kann. Wohl jede Form seiner Zufälle kann einmal dazu führen. Am schroffsten tritt das natürlich bei Kranken zu Tage, die direkt verbrecherischen Trieben unterworfen sind, wie jene Kinderfrau der Familie Humboldt, welche voll Verzweiflung um ihre Entlassung bat, weil der Anblick der weissen Haut sie zum Morde des Kindes treibe. So sind auch die sexuell Perversen grossentheils geborene Verbrecher, der Exhibitionist stört die öffentliche Ordnung, ebenso der trunkene Dipsomane, der Kauf- und Spielwüthige macht fahrlässig Bankerott, der Onomatomane verletzt durch Ausstossen schmutziger Wörter den Anstand, die dipsomanische Mutter tödtet nach dem Anfall in Verzweiflung sich und ihre Kinder. Es möge noch darauf hingewiesen sein, dass die gleiche kriminalistische Bedeutung der Folie morale zukommt, dem eigentlichen moralischen Irresein, welches, ebenfalls eine Krankheit der Entarteten, nach Moebius (Einleitung) zu den Zwischenformen vom Syndrome zum délire gerechnet werden soll. Magnan erörtert diese Erkrankung indessen nicht ausführlich. Jedenfalls gelten auch für ihre Beurtheilung in praxi diejenigen Grundsätze, welche der Autor über der Erkennung und Würdigung aller Seelenstörungen bei Entarteten festgestellt hat. Der hohe praktische Werth seines Werkes bleibt, selbst wenn man von einer Stellungnahme zu seinen theoretisch wissenschaftlichen Anschauungen absieht, unverkennbar.

F. L.

Ueber Nervenkrankheiten nach Unfällen.

Aus der medizinischen Klinik zu Kiel.

(Inaugural-Dissertation von Wilhelm Schütz-Neu-Ruppin.)

In kurzer, gut übersichtlicher Weise giebt der Verfasser eine Uebersicht über die für den Sachverständigen so wichtigen Nervenkrankheiten nach Unfällen. Er führt 40 Krankengeschichten an, bei denen es sich sämmtlich um Unfälle im Sinne des Gesetzes handelt, und an denen hier wohl am meisten die funktionellen Symptome und die Läsionen der Psyche nach Unglücksfällen interessiren, im Gegensatz zu den gröberen anatomischen Veränderungen, die man ja gleichfalls in der Mehrzahl der Fälle findet. Letztere bieten für die Beurtheilung von Seiten der Sachverständigen ja viel geringere Schwierigkeiten. Schwieriger zu beurtheilen sind natürlich die oft allein zurückbleibenden funktionellen Störungen und vor Allem die psychischen Symptome. Häufig kommen beide letzteren neben organischen Veränderungen vor. Es würde wohl zu weit führen, alle die vom Verfasser erwähnten funktionellen Störungen zu referiren, das Bild der traumatischen Neurosen ist ja bekannt genug. Bemerkenswerth sind die Anomalien des Gesichtsfeldes und Farbensinnes, welche aber ziemlich selten sein sollen (unter den 40 Fällen nur bei 3) im Gegensatz zu der Ansicht anderer Autoren, welche angeben, dass diese Erscheinungen ziemlich konstant zu finden sind. Dagegen sind wohl konstant Schmerzen vorhanden, welche jedoch sehr häufig nicht an der Stelle des Traumas, sondern allen möglichen anderen lokalisirt werden. Bei Erschütterungen des ganzen Körpers werden sie häufig in die Wirbelsäule verlegt und behindern manchmal in Folge dessen die Bewegungen der Beine. Vollständige Lähmungen der Extremitäten auf funktioneller Basis sind nicht beobachtet worden. In 2 Fällen kamen typische epileptiforme Anfälle mit Bewusstseinsverlust vor. Von Reflex-Veränderungen kamen nur Steigerungen derselben vor. Psychische Erscheinungen entwickeln sich gewöhnlich erst allmählich und kommen ebenso nach leichten wie nach schweren Traumen vor. Trübe Stimmung bis zum Taedium vitae, ja selbst bis zum Selbstmord (1 Fall), leichter Umschlag der Stimmung bei geringfügigen Anlässen, Gedächtnissschwäche sind die häufigeren. Zu wirklichen Psychosen kam es nur in zwei Fällen, bei deren einem es sich um Dementia paralytica mit Pachymeningitis haemorrhagica handelte (Section). Verfasser weist zum Schluss auf die Schwierigkeit der Deutung der Symptome hin, da Simulation und Uebertreibungen vorkommen, zumeist noch in vielen Fällen der Zustand des Nervensystems vor dem Unfall kein ganz normaler mehr war (chron. Alkoholismus) und die Anamnese häufig im Stich lässt. Die Prognose quoad valetudinem completam ist immer eine zweifelhafte, wie bei den meisten Neurosen; quoad vitam ist sie viel günstiger, da der Tod wohl meistens nur durch intercurrente Krankheiten (mit Ausnahme der ab und zu vorkommenden Selbstmordfälle) eintritt. Die Behandlung war eine allgemeine, roborirende sowie je nach den Symptomen eine spezielle (Elektrizität, Massage, Derivantien etc.). Von Derivantien verspricht sich Verfasser verhältnissmässig viel, weil er bei einigen Fällen auffallende Besserungen gesehen haben will.

S. C.

Ueber Gesundheitsbeschädigung und Tod durch Einwirkung von Karbolsäure und verwandten Desinfektionsmitteln.

Von Dr. A. Stühlen-Cöln a. Rhein, prakt. Arzt.

(Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1895.)

Bald nach Einführung der Karbolsäure in die Therapie durch Lister erfolgten von allen Seiten Meldungen von Vergiftungen. Dass bis jetzt Morde oder Mordversuche mit Karbolsäure nicht erfolgt sind, schreibt Verfasser der Unkenntniss des Publikums zu, das nur die konzentrirte Karbolsäure für giftig hält, nicht aber die verdünnten Lösungen, und von dem Genusse dieser durch Geruch und Geschmack abgehalten wurde. Auch seien die Quantitäten der verdünnten Karbolsäure zu gross, die für die Tödtung eines Erwachsenen erforderlich sind. Dagegen genügten bei Kindern schon ca. 200—300 ccm 3proz. Karbolsäure per Klysma, um Tod herbeizuführen. Selbstmorde sind schon öfters mit dieser Säure vorgenommen, wenn auch im Allgemeinen dieselbe nicht zu den zu diesem Zwecke beliebten Mitteln gehört. In Fällen, wo nicht der Tod eintritt, sind ausser narbigen Strikturen der Speiseröhre und des Magens keine dauernden Gesundheitsbeschädigungen vorgekommen, weil die Karbolsäure durch den Harn schnell ausgeschieden wird. Aber auch die Strikturen sind nicht so hochgradige, wie die

durch konzentrirte Mineralsäuren und Alkalien entstandenen, weil die konzentrirte Karbolsäure bedeutend weniger ätzend wirkt. Das leichtsinnige Umgehen der Patienten und besonders Hebeammen mit der verdünnten Karbolsäure trägt in den meisten Fällen die Schuld an den Vergiftungen, und, wenn die Hebeammen der schuldige Theil sind, pflegt das gerichtliche Nachspiel auch nicht auszubleiben. Bei Todesfällen durch Vergiftung per os ist es für den Gerichtsarzt recht schwierig, den Beweis für die Art der Vergiftung zu erbringen, da sich wohl in allen Fällen deutliche Zeichen im Verdauungstraktus (Ecchymosen, Ulcera, Karbolgeruch) finden. Schwieriger ist die Diagnose bei Gesundheitsbeschädigungen oder Vergiftungen per clysma, Uterus-Injektionen, Wundbehandlung etc. Von Gesundheitsbeschädigungen durch Wundbehandlung kommt zunächst die Gangrän (gewöhnlich der Finger und Zehen; ein einziges Mal in der Literatur des ganzen Unterschenkels erfolgte Behandlung eines ulcus cruris mit 3proz. Karbolsäure während drei Tagen) in Betracht, meistens durch die beliebte Selbstbehandlung mit Aqua carbolisata, aber auch in ärztlicher Behandlung entstanden. Die Gangrän (Gangraena sicca) ist eine lokale, nicht toxische, Wirkung der Karbolsäure und tritt am leichtesten bei schwächlichen Individuen mit zarter Haut auf. Die Einwirkungsdauer bis zum Entstehen der Gangrän ist verschieden lang je nach Konzentration und Beschaffenheit der Haut etc. des Patienten. In einem Falle trat sie schon nach 24 Stunden auf (5proz.). Nicht allein bei Applikation auf Wunden, sondern auch bei unversehrter Haut tritt sie auf. Im Ganzen haben die lokalen Gesundheitsbeschädigungen durch Karbolsäure kein gerichtliches Nachspiel. Viel mehr Interesse für den Gerichtsarzt haben die toxischen Folgen bei Anwendung auf der unverletzten Haut, und zwar ausschliesslich die mit tödtlichem Ausgange. Fast immer handelt es sich um Verwechselungen durch Arzt oder Patient bei Einreibungen. Verfasser erwähnt im Ganzen sechs Fälle mit tödtlichem Ausgang, bei denen es sich zum Theil um Applikation von 15proz. bis reiner Karbolsäure handelt. In einem dieser Fälle, der zur Verurtheilung des Arztes führte, hatte dieser Acid. carbol. pur. mit Natr. carbolic. verwechselt. — Viel leichter als durch die äussere Haut geschieht die Intoxikation durch Resorption von den Schleimhäuten aus (grösstentheils der unverletzten bei Blasen-, Vaginal-, Uterus-Spülungen, Klysmata; aber auch den verletzten, wie beim Ausspülen des wunden Uterus, Klysmata bei Darmgeschwüren). Schon schwächere als 2proz. Lösungen genügen dazu. Verfasser erwähnt sieben Fälle, von denen sechs tödtlich verliefen. Der Arzt hat bei Uterus-Douchen auf genügenden Abfluss zu achten, sowie auf geringen Druck ($1/2$ bis $3/4$ m nach Kuester); höchstens 3proz. Lösungen sind zu benutzen. In zwei Fällen gelangte die Lösung bis in das Peritoneum; einer davon verlief tödtlich. Am häufigsten sind die Intoxikationen durch Klysma, weil bei diesen kein Abfluss stattfindet, und die resorbirende Fläche sehr gross ist. Von dreizehn in der Literatur erwähnten Fällen verliefen fünf tödtlich. In sieben Fällen war die Konzentration angegeben: die stärkste 3proz., die schwächste $1/2$proz. Die geringste tödtliche Dosis war 2,5 gr im Ganzen. Das betreffende Kind starb nach zwei Stunden im Collaps. Gewöhnlich erfolgt bei Klysma der Tod schon nach einigen Minuten bis zu einer Stunde. Gerade die Vergiftungen per clysma sind es, die das Gericht beschäftigen. Verfasser führt drei Fälle an, in denen gegen die betreffenden Aerzte gerichtlich wegen fahrlässiger Tödtung eingeschritten wurde; zwei endeten mit Verurtheilung der Arztes. Wendet man überhaupt Karbolklystiere an, so soll man sie wenigstens nie bei kleinen Kindern anwenden, jedenfalls aber dabei die Maximaldosis für interne Anwendung per os nicht überschreiten. Gesundheitsbeschädigungen und Todesfälle bei Wundbehandlung sind selten und betreffen meistens Kinder. Die Wirkungen sind theils lokale, theils intoxikatorische. Zwei von drei angeführten Fällen endeten tödtlich. Fast alle derartigen Fälle sind Schuld des Publikums selbst. Dem Arzt ist es wohl als Kunstfehler anzurechnen, wenn er stärkere als 3 bis 5proz. Lösungen, und auch diese zu lange, anwendet und eei Kindern nicht vorsichtig genug ist. Der Gerichtsarzt hat sich natürlich nur mit den Kunstfehlern des Arztes zu beschäftigen, wozu unter Anderem auch die Behandlung des Erysipels bei Kindern mit 3 bis 5proz. Lösung gehört.

Ein derartiger Fall verlief sogar nach Anwendung von 2proz. Lösung tödtlich (Abelin). Die innerliche Anwendung des Karbols beschäftigt wohl nicht mehr den Gerichtsarzt, da, ganz abgesehen von der wohl kaum vorkommenden Ueberschreitung der Maximaldosis, das Karbol durch unschädlichere Mittel ersetzt ist. Auch Inhalations-Intoxikationen kommen aus demselben Grunde kaum mehr vor. Wichtig ist forensisch die Wirkung des Karbols auf die Frucht. In einem von Schleicher veröffentlichten Fall von Intoxikation der Mutter durch 40 ccm 90proz. Karbolsäure starb das unmittelbar darauf extrahirte Kind unter dem Zeichen der Karbol-Intoxikation. Chronische Vergiftungen sind forensisch kaum von Wichtigkeit; ist ja eine solche überhaupt noch strittig. —

Die Punkte zur Beibringung des Beweises einer Karbol-Vergiftung sind folgende:

I. Bei nicht eingetretenem Tode:
1. Herbeischaffung der Lösung, mit der die Vergiftung erfolgte.
2. Untersuchung des Urins, der mehr oder weniger dunkelgrün gefärbt ist, und aus dem sich die Karbolsäure aus ihrer Verbindung mit Schwefelsäure (sie wird als Phenol-Schwefelsäure ausgeschieden) leicht darstellen lässt.
3. Untersuchung des Mageninhalts bei Vergiftung per os (Magenpumpe), der nach Karbol riecht.
4. Untersuchung des Darminhalts bei Vergiftung per rectum, der gleichfalls Karbolgeruch zeigt.
5. Suchen nach Aetzschorfen, die zuerst weiss, dann schiefergrau aussehen.

II. Bei eingetretenem Tode, ist bei der Sektion zu achten auf:
1. Anätzung der passirten Wege.
2. Gehalt von Magen- resp. Darminhalt an Karbolsäure.
3. Auffangen des Urins.
4. Fehlen einer anderen Todesursache.

Eventuell ist für die chemische Untersuchung des Magen- und Darm-Inhaltes, des Urins, und, falls es nöthig ist, auch des Blutes und der inneren Organe (Leber, Milz, Niere) Sorge zu tragen. Das Blut, das stets dunkel und dünnflüssig ist und keine Gerinnsel enthält, hat bei starker Vergiftung nämlich, ebenso wie die inneren Organe, gleichfalls Karbol-Gehalt. — Auch die Ersatzmittel des Karbols haben Interesse für den Gerichtsarzt, da sich ihre Ungiftigkeit trotz der gegentheiligen Behauptungen nicht erwiesen hat. In Betracht kommen Thymol, Resorcin, Kresol, Kreolin und Lysol.

1. Resorcin. Seine Hauptschädlichkeit besteht in der reducirenden Wirkung auf das Blut. Von der äusseren unverletzten Haut wird es nicht resorbirt, von der Darmschleimhaut sehr stark. Loeffler erwähnt zwei Fälle, die zum Tode führten, bei denen schon während des Lebens das Blut Chokoladen-Farbe zeigte. Andere Erscheinungen, als diese Blutveränderung, sind bei der Sektion nie zu finden. Auch Uterus-Ausspülungen sind wegen der Resorptions-Gefahr nur vorsichtig (gehöriger Abfluss) anzuwenden; schon zweiprozentige Lösungen können bedrohliche Erscheinungen hervorrufen. Gerichtlich hat Resorcin noch keine Rolle gespielt.

2. Kresol. Beim Menschen liegen keine Erfahrungen vor. Beim Tiere ist seine Giftigkeit dieselbe wie die des Karbols. Da jedoch die Desinfektionskraft viermal so gross ist wie beim Karbol, so sind 0,3—0,5 prozentige Lösungen für den Gebrauch ausreichend, und diese sind ungiftig.

3. Kreolin. Das Artmann'sche ist ungiftiger als das Pearson'sche, dafür aber auch viel weniger desinfizirend. Bisher ist ein Todesfall nach Kreolin beobachtet nach wiederholten Uterus-Ausspülungen mit ein- bis zweiprozentigen Lösungen. Kollaps-Erbrechen. Das Erbrochene riecht nach Kreolin und enthält ein Destillat Tribromphenol. Urin hellbraun, trübe. Auch geringe Aetzwirkung wird bei Kreolin beobachtet. Der Urin bei weiteren Intoxikationen, die aber günstig verliefen, (Erbrechen, Diarrhöen, Kollaps) verhielt sich ebenso wie Karbol-Urin.

4. Lysol. Ist viel ungiftiger als Kreolin und besonders Karbol. Seine Heftigkeit soll sich zu der des Kreolins und Karbols verhalten von 1 : 2 : 8. In konzentrirter Lösung ist es aber ätzend und giftig. Alle bis jetzt beobachteten Vergiftungen geschahen mit Lysolum purum. Es sind sieben, davon zwei tödtliche. In einem Falle traten nach äusserlicher Anwendung (Einreibung gegen Scabies) Krämpfe und Bewusstlosigkeit ein; in einem anderen Falle bei einem Kinde Tod nach Umschlägen mit Lysol. pur. Auf der Haut zeigten sich Aetzschorfe (stets braun), im Blut und Harn war Lysol nachzuweisen. Ein Fall, wo irrthümlich Lysol. pur. innerlich genommen wurde, endigte tödtlich (Krämpfe, Dyspnoe). In den günstig verlaufenen Fällen zeigte es sich, dass die Intoxikations-Erscheinungen denen des Karbols gleichen. Im Urin ist Lysol nachzuweisen. Bei Aetzungen allerdings tritt nicht Anaesthesie ein wie beim Karbol. Alle Vergiftungserscheinungen treten natürlich noch später auf als beim Karbol. Auch im Blut soll bei tödtlich verlaufenden Fällen Lysol nachzuweisen sein.

Für den Gerichtsarzt ist diese Abhandlung von besonderem Interesse bei der so häufigen Verwendung gerade der Desinfizientien der Phenol-Reihe, von denen ja in kurzer Zeit so viel neue in den Handel gebracht werden, über deren Schädlichkeit resp. Unschädlichkeit genügende Erfahrungen natürlich noch nicht gesammelt sein können. S. C.

Klinisches und Experimentelles über Karbolsäure-Vergiftung und ihre Einwirkung auf die Athmungsorgane.

Aus dem Malteser Kinder-Hospital St. Anna zu Breslau.

Von Dr. Oskar Silbermann.

(Deutsche Med. Wochenschrift 1895.)

Verfasser berichtet über drei Fälle von Karbol-Vergiftung:

Fall 1. Ein siebzehntägiges Kind wird von seiner Amme wegen einer Phlegmone am rechten Oberschenkel mit zweiprozentigen Karbol-Umschlägen behandelt. 48 Stunden darauf stellen sich Vergiftungserscheinungen ein: Ikterns, Cyanose, Kollaps-Erscheinungen. Die Umschläge werden vom Arzt durch solche mit essigsaurer Thonerde ersetzt; Excitantien. Am nächsten Tage Ikterns verstärkt, wenig aber dunkelgrüner Urin; später Hämoglobinurie, starke Reflex-Erregbarkeit. Die Blutuntersuchung ergiebt zahlreiche, geschrumpfte, rothe Blutkörperchen, wenig Blutschatten und auffällige Zerfliessbarkeit der Leukocyten, welche letztere sich mit Methylviolett schwach oder gar nicht blau färben, während die rothen Blutkörperchen sich zum Theil blau färben. Das Kind stirbt an einer Blutung aus der Phlegmone. Die Autopsie ergiebt eine auffällige Blutfüllung im rechten Herzen und den grossen Venen, Herzmuskel stark verfettet, Lunge zum grössten Theil lufthaltig, theils hellroth, theils dunkelbraun gefärbt. In den feineren Verzweigungen der Pulmonalis zahlreiche Thromben; auf den Pleuren zahlreiche kleine Blutungen. Magen- Darm- Schleimhaut geschwellt, zeigt einzelne kleinere Blutungen. Starke akute Nephritis (Hämoglobin-Cylinder). Nieren- und Leber-Epithelien stark verfettet.

Fall 2. Ein sechs Wochen altes Kind, von seiner Mutter wegen Intertrigo an den Nates mit dreiprozent. Karbol-Umschlägen behandelt, zeigt 36 Stunden darauf dieselben Intoxikations-Erscheinungen, wie Fall 1, ausserdem circumskripte Infiltrations-Erscheinungen in den Lungen. Die Bluntuntersuchung ergiebt das gleiche Resultat. Der Fall heilt binnen acht Tagen (Kochsalz-Klystiere mit Cognac-Zusatz).

Auch Fall 3 (ein sechsjähriger Knabe trinkt infolge einer Verwechselung einen Esslöffel einer dreiprozentigen Karbollösung) zeigt dieselben Erscheinungen, wie die beiden ersten; es trat keine Hämoglobinurie ein, auch nicht Ikterus. Das Blut ist gleichfalls so beschaffen, wie bei den ersten zwei Fällen. Die Infiltrations-Erscheinungen in der Lunge der beiden letzten Fälle sind, wie das typische Sputum bewies, Infarkt-Symptome. Hämoglobinurie und Ikterus, zwei seltene Erscheinnngen bei Karbol-Vergiftung, sind nur in den ersten beiden Fällen aufgetreten, weil hier die Karbol-Wirkung auf das Blut so stark war (beide Kinder waren sehr jung), dass eine Zerstörung der rothen Blutkörperchen (und damit Hämoglobinämie resp. Ikterus) stattfand, während sonst, bei widerstandsfähigeren Individuen, die Karbol-Wirkung sich im Blut nur auf die Leukocyten zu erstrecken pflegt. — Theoretisch werden zwei Wirkungsweisen des Phenols in Bezug auf seine schädigenden Eigenschaften angenommen: 1. Schädigung der Herz- und Athmungsthätigkeit; 2. primärer blutschädigender Einfluss des Phenols durch Wasserentziehung. Verfasser entscheidet sich auf Grund seiner Thier-Experimente, die mit denen Frankenburgers übereinstimmen, trotz der gegentheiligen Ansicht der Toxi- und Pharmakologen für die zweite Theorie: die blutschädigende Wirkung des Phenols. Nach seiner Ansicht sind auch die Erscheinungen in den Lungen, Nieren etc. erst bedingt durch direkte Ausscheidung des Phenols in diese Organe, sondern gleichfalls durch Blutschädigung. Die Intensiät der Wirkung hängt bei dem betreffenden mehr oder weniger geschädigten Organ von der Beschaffenheit der Kapillaren ab: je langsamer in ihnen der Blutstrom, um so leichter kommt es zur Blut-Alteration. —

Für den Sachverständigen ist mit der Untersuchung des Blutes in diesbezüglichen Fällen ein neues wichtiges Moment für die Diagnose gegeben. Interessant ist auch wieder die Thatsache, wie leichtsinnig und fahrlässig vom Publikum das leicht erhältliche Phenol gehandhabt wird. — S. C.

Die Gefährlichkeit der Karbolsäure bei Klystieren.

Von Dr. Herzer-Emden.

(Deutsche Med. Wochenschrift 1895.)

In dem vom Verfasser berichteten Falle wurde einer Frau durch die Nachlässigkeit einer Wärterin statt einer Scheidenausspülung ein Klystier mit dreiprozent. Karbolsäure gegeben. Trotzdem nur 200 Gramm, also im Ganzen sechs Gramm Karbolsäure, verbraucht wurden, trat fast unmittelbar nach der Einführung des Rohres Kollaps ein (Ohnmacht, langsame, flache Athmung, 30 bis 35 Pulse, einzelne klonische Krämpfe, Pupillen reaktionslos). Der Fall, der in fünf bis sechs Tagen günstig verlief, zeigte in seinem Verlaufe die Erscheinungen der Karbolsäure-Vergiftung. — Dieser Fall spricht wohl mit grosser Entschiedenheit gegen das unvorsichtige Anwenden des Phenols als Klysma. Bemerkenswerth für den Gerichtsarzt ist noch besonders das fahrlässige Vergehen der geschulten Wärterin. S. C.

Ueber Vergiftungen vom Rektum aus.

Aus dem Laboratorium der pharmacognostischen Sammlung in Kiel.
(Inaugural-Dissertation von Arthur Kunick-Koschwitz.)

Zu dem für den Sachverständigen wichtigen Kapitel der Vergiftungen vom Rectum aus liefert vorliegende Arbeit einen interessanten Beitrag, wenn sie auch nur von solchen Stoffen handelt, deren Anwendung in der Medizin nicht gerade häufig ist und vor allen Dingen wohl kaum vom Rectum aus geschieht: Strychnin. nitr., Brucin. hydrochlor. und Picrotoxin. Verfasser vergleicht die Wirkung dieser Mittel bei subkutaner Injection mit derjenigen vom Rectum, und zwar erstrecken sich seine Versuche nur auf Hunde, weil deren Rectum leicht zu reinigen ist, während dies beim Kaninchen der Beschaffenheit der Kothballen wegen kaum möglich ist, sodass ein Theil der infundirten Flüssigkeit von diesen absorbirt werden würde. — Die Versuche ergaben folgendes Resultat:

1. Strychnin: Dieses wirkte gleich stark sowohl vom subkutanen Gewebe, als vom Rectum aus.

2. Brucin: Beide Applikations-Stellen erwiesen sich als gleichwerthig bei der Minimalwirkung des Mittels (Steigerung der Reflexe). Sollte Tetanus hervorgerufen werden, so verhielt sich Subkutan-Injektion zur Rektal-Applikation wie 100 : 226,13. Hier findet sich also ein bedeutender Unterschied in der Wirkung.

3. Pikrotoxin: Um die geringste deutliche Wirkung (Speicheln) hervorzurufen, genügten vom Rectum aus gleiche Dosen, wie bei der subkutanen Injektion. Sollte jedoch krampfartiges Zittern vom Rektum aus hervorgerufen werden, so musste die subkutan schon wirksame Dosis auf 199 Prozent, die den allgemeinen Krampf auslösende sogar schon auf 352 Prozent erhöht werden.

Diese wesentlichen Unterschiede in der Wirkung dieser Mittel je nach der Applikationsstelle führt Verfasser auf ihre Unterschiede in ihrer Löslichkeit und Resorbirbarkeit zurück, die bei Brucin und Pikrotoxin geringer ist, als beim Strychnin: wenn die vom subkutanen Gewebe aus wirksame Giftmenge klein ist, wie beim Strychnin, so ist die Rektal-Injektion ebenso gefährlich, wie die Subkutan-Applikation. Sind aber grosse Gaben eines schwer löslichen und noch schwerer resorbirbaren Körpers einzuführen, dann können stärkere Wirkungen vom Rektum aus nur durch verstärkte Dosen hervorgerufen werden.

Nach Ansicht des Referenten ist diese Erklärung allerdings keine sehr glückliche, denn ein schwer lösliches und schwer resorbirbares Mittel ist eben noch vom subkutanen Gewebe aus schwerer resorbirbar, als ein leichter lösliches und leichter resorbirbares, und ein Aufschluss über das Verhältniss der Resorbirbarkeit eines Mittels vom Rektum aus zu derjenigen vom subkutanen Gewebe aus im Allgemeinen ist mit dieser Erklärung gewiss nicht gegeben. Jedenfalls aber ist es interessant, wieder einmal konstatirt zu sehen, wie vorsichtig man im gegebenen Falle mit der Applikation differenter Mittel vom Rektum aus sein muss. S. C.

Gebührenwesen.

Gutachten für das Reichs-Versicherungsamt.

Nach uns zugegangenen Nachrichten der Betheiligten hat das Reichs-Versicherungsamt in letzter Zeit mehrfach Liquidationen für längere ausführliche Gutachten, welche den Betrag von 24 Mark überschritten, den Einsendern zurückgeschickt mit dem Bemerken, dass die Liquidationen nach der Taxe vom 3. März 1872 einzurichten seien, weil sonst die Oberrechnungskammer den Betrag beanstanden würde. Es ist dies auch geschehen in einem Falle, bei welchem ein längeres Gutachten von 12 Bogenseiten eingereicht war, und wo sich das Gutachten auf selbst angestellte mikroskopische Untersuchung auf Tuberkel-Bazillen stützte. Der dafür liquidirte Betrag von 50 Mark war aus dem angeführten Grunde für zu hoch befunden worden.

Bei den ausserordentlich komplizirten Verhältnissen einzelner Fälle, wo nicht nur genauestes Studium der Akten und Vergleichung früherer Gutachten aus früheren Zeiten erforderlich ist mit mehrfacher wiederholter Untersuchung, bei welcher man stets auf etwaige Simulationen gefasst sein muss, entsprechen so niedrige Gebühren oft sehr wenig der aufgewendeten Mühe.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Geisteskrankheit ist nicht als Folge eines landwirthschaftlichen Betriebsunfalles angesehen worden.

Der wegen Geisteskrankheit entmündigte Stellenbesitzer B. zu L. hatte mit der Behauptung, dass seine geistige Erkrankung entweder durch Einwirkung der auf einer mit seinem Fuhrwerk unternommenen Reise nach Neustadt, O.-Schl., erlittenen Kälte, oder durch die Erregung über die auf jener Reise eingetretene Erkrankung seines Pferdes hervorgerufen worden sei, seine im März 1893 erfolgte Flucht aus seiner Behausung und das während dieser Flucht eingetretene Erfrieren beider Füsse, welches zur Amputation derselben Veranlassung gegeben hat, als Folgen eines im landwirthschaftlichen Betriebe erlittenen Unfalls dargestellt, und den Antrag auf Zubilligung einer Unfallrente gestellt. Von der Schlesischen landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft und von dem Schiedsgericht für den Kreis Neustadt O.-Schl. mit seinem Entschädigungsanspruch abgewiesen, erhob B. bezw. sein bestellter gesetzlicher Vertreter, Rekurs beim Reichsversicherungsamt. Der Kläger ist, obwohl die Benachrichtigung von dem Termin zur mündlichen Verhandlung nicht an ihn, sondern an den Vormund gerichtet worden war, vor dem Reichs-Versicherungsamt erschienen, und hat den bereits in der Rekursschrift gestellten Antrag auf Kostenerstattung noch dahin ergänzt, dass er auch den Ersatz der ihm erwachsenen Reise- und Zehrungskosten gefordert hat.

Der Rekurs war nach Lage der Sache zu verwerfen.

Zunächst erscheint es völlig ausgeschlossen, dass die Einwirkung von Kälte während einer vom Kläger — anscheinend im Jahre 1891 — unternommenen Fahrt nach Neustadt O.-Schl. den Eintritt der Geisteskrankheit des Klägers hervorgerufen und damit mittelbar auch das Erfrieren der Füsse des Klägers auf seiner späteren, durch die Furcht vor der Verbringung in eine Irrenanstalt veranlassten Flucht herbeigeführt habe. Vielmehr ist nach den Akten anzunnehmen, dass die Geisteskrankheit des Klägers auf erbliche Belastung zurückzuführen ist, da nach der Auskunft des zuständigen Amtsvorstehers nicht nur die verstorbene Mutter und ein bereits verstorbener Bruder, sondern auch ein noch lebender Bruder des Klägers von Geisteskrankheit befallen worden sind. Hinsichtlich der weiteren Behauptung des Klägers, dass ihn der Schreck über die Erkrankung seines Pferdes, eines dem landwirthschaftlichen Betriebe dienenden Zugthieres, geisteskrank gemacht habe, ist allerdings zuzugeben, dass auch heftige, vom Betriebe hervorgerufene, psychische Affekte und die dadurch bedingten innerorganischen Schädigungen den Begriff des Unfalls bei dem Betriebe erfüllen können (zu vergleichen Rekursentscheidung 1044, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1891, Seite 252). Dagegen fehlt es, wenn die Geringfügigkeit des vorgedachten Anlasses und die Veranlagung des Klägers zur geistigen Erkrankung berücksichtigt werden, an jedem Anhalt dafür dass der vom Kläger behauptete — übrigens nicht erwiesene — Vorgang der Erkrankung eines Pferdes mehr als der äussere Anlass zur Wahr-

nehmung der beim Kläger bereits vorhandenen Geisteskrankheit gewesen ist. Mit der Verpflichtung zur Entschädigung für die dem Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Geisteskrankheit erwachsenen Nachtheile kann nach alledem die Beklagte nicht belastet werden, weil ein ursächlicher Zusammenhang dieser Nachtheile mit einem als Unfall anzusprechenden Betriebsvorgange nicht erwiesen und nicht nachweisbar ist.

Auch dem Kostenantrage des Klägers war unter diesen Umständen der Erfolg zu versagen, ganz abgesehen davon, dass das Erscheinen des nicht prozessfähigen Klägers vom Reichs-Versicherungsamt nicht angeordnet war.

(Rek.-Entsch. vom 30. September 1895).

Blasenbildung in der Hand und deren Folgen ein Betriebsunfall.

Der Bergmann St. zu K. zog sich in Folge anstrengenden Gebrauchs des Bohrers in hartem Gestein eine Blase in der Hand zu, welche bei der fortgesetzten Arbeit platzte und durch Eindringen schädlicher Stoffe in die wunde Stelle zu einem dauernden Handschaden führte. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft bestritt das Vorliegen eines Betriebsunfalles, nahm vielmehr die Erwerbsschädigung als durch eine Betriebskrankheit entstanden an und wies den Verletzten mit seiner Entschädigungsforderung ab. Das Schiedsgericht der Sektion II zu Bochum sowohl, wie auch das Reichsversicherungsamt haben jedoch den Vorgang als Betriebsunfall aufgefasst und die gegentheilige Auffassung der Genossenschaft verworfen mit nach stehender Begründung:

Wenn die Beklagte zunächst die Blasenbildung in der Hand des Klägers als Folge eines Betriebsunfalles bezw. als einen solchen selbst deshalb nicht ansehen will, weil bei der regelmässigen Betriebsarbeit derartige unbedeutende Veränderungen des Körpers, wie Blasen und Schwielen, eine gewöhnliche Erscheinung seien, so übersieht sie, dass der Begriff des Betriebsunfalles keineswegs ein aussergewöhnliches, dem Betriebe fremdes oder ihn störendes Ereigniss voraussetzt, und dass das häufige Vorkommen einer geringen Verletzung des Körpers bei der Betriebsarbeit die Verpflichtung zur Entschädigung der im gegebenen Falle durch eine solche Verletzung verursachten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht ausschliesst, sofern nur die Entstehung der Verletzung auf einen Unfall, das heisst ein zeitlich bestimmtes Ereigniss, zurückzuführen ist. Diese letztere Voraussetzung liegt nun freilich dann nicht vor, wenn eine Krankheit sich allmählich in Folge einer längere Zeit andauernden, fortgesetzt schädlichen Betriebsarbeit entwickelt hat (sogenannte Gewerbekrankheit), wohl aber schon dann, wenn zwar nicht ein momentanes, als solches äusserlich hervortretendes Ereigniss, jedoch ein bestimmter Vorgang vorhanden ist, welcher sich innerhalb kurzer Zeit — weniger Stunden — abgespielt und eine ebenfalls in kurzer Zeit erkennbar gewordene Veränderung des Körpers herbeigeführt hat. Letzteres ist hier der Fall gewesen. Denn es unterliegt nach den mit dem Akteninhalt übereinstimmenden Feststellungen des Schiedsgerichts keinem Zweifel, dass die Blase in Folge besonders anstrengenden Gebrauches des Bohrers in hartem Gestein in wenigen Stunden entstanden und plötzlich von dem Kläger bemerkt worden ist. Kommt dann noch hinzu, dass die Blase wahrscheinlich in Folge der weiter fortgesetzten Betriebsarbeit plötzlich geplatzt ist und auf diese Weise das plötzliche Eindringen schädlicher Stoffe in die wunde Stelle, und zwar — wie man annehmen muss — noch bei der Betriebsarbeit, veranlasst hat, so erscheint die Anerkennung eines Betriebsunfalles als Ursache des im weiteren Verlaufe der Krankheit eingetretenen dauernden Handschadens geboten.

(Rek.-Entsch. vom 7. Mai 1895.)

Bemessung der Entschädigung bei Verlust eines Auges.

In der Unfallversicherungssache der minderjährigen Weberin W. zu N., vertreten durch ihren Vater, gegen die Leinen-Berufsgenossenschaft hatte das Schiedsgericht der Sektion III derselben zu Bielefeld der Klägerin für den Verlust eines Auges eine Rente von 40 Prozent derjenigen für volle Erwerbsunfähigkeit bewilligt. Hiergegen legte die Genossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein, mit dem Antrage, unter Aufhebung des angefochtenen Urtheils der Klägerin eine Rente von nur 33$^1/_3$ Prozent zuzubilligen, weil dieser Prozentsatz der Verminderung der Erwerbsfähigkeit durch den Verlust des einen Auges nach den Erfahrungen ihrer sachverständigen Vorstandsmitglieder den thatsächlichen Verhältnissen, insbesondere auch in der Weberei entspreche.

Die Klägerin machte hiergegen geltend, dass sie, nachdem sie nach dem Unfalle noch zwei Webestühle zu bedienen versucht habe, die Arbeit als Weberin überhaupt habe einstellen müssen, da sie fehlerhaft gearbeitet habe, ohne die Fehler bei der Arbeit bemerken zu können, und dass sie jetzt als Spulerin beschäftigt werde, aber nicht den halben Verdienst einer geübten Weberin oder Spulerin habe, da sie nicht die Hälfte der Spindeln wie eine solche übersehen könne.

Das Reichs-Versicherungsamt hat bei dieser Sachlage den Rekurs für unbegründet gehalten.

Wenn das Reichs-Versicherungsamt auch in mehrfachen Entscheidungen angenommen hat, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen der Verlust eines Auges eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit um 33$^1/_3$ Prozent zur Folge hat, so hat damit doch die Berücksichtigung besonderer Verhältnisse nicht ausgeschlossen werden sollen. Wenn durch den Verlust eines Auges Jemand an der Ausnutzung besonderer Geschicklichkeiten, die er sich erworben hat, und denen er seinen bisherigen Erwerb verdankt, gehindert wird, oder in sonstiger Hinsicht aussergewöhnlich durch den Verlust eines Auges geschädigt erscheint, so würde er für die Folgen des Unfalls nicht vollständig, und den Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes entsprechend entschädigt werden, wenn solchen besonderen Verhältnissen nicht gebührende Rechnung getragen würde. Das Reichs-Versicherungsamt hat daher kein Bedenken getragen, die vom Schiedsgericht getroffene geringe Erhöhung der Rente, welche gewöhnlich bei Verlust eines Auges gewährt wird, für gerechtfertigt zu erachten, da es den Ausführungen der Beklagten gegen die wohlbegründete Ansicht des Schiedsgerichts, wonach Weberinnen an mechanischen Webstühlen besonders schwer in ihrer Erwerbsfähigkeit durch den Verlust eines Auges getroffen werden, nicht beitreten konnte.

(Rek.-Entsch. vom 3. Mai 1895.)

Aus dem Reichsgericht.

Angehörige eines bei einer Lebensversicherung zu Versichernden sind verpflichtet, Krankheiten desselben der Lebensversicherung nicht zu verschweigen.

Hat derjenige Familienangehörige, zu dessen Gunsten ein Lebensversicherungsvertrag abgeschlossen worden, bei dem Abschluss arglistig Thatsachen der Versicherungsgesellschaft gegenüber verschwiegen, deren Kenntniss den Abschluss des Versicherungsvertrags verhindert hätte, so kann er, nach einem Urtheil des Reichsgerichts, I. Civilsenats, vom 8. Mai 1895, keinen Anspruch aus der Versicherung gegen die Gesellschaft erheben, selbst wenn er den Versicherungsvertrag garnicht mit abgeschlossen hatte. — T., welcher an fortschreitender Paralyse der Irren litt, schloss einen Lebensversicherungsvertrag mit einer Versicherungsgesellschaft zu Gunsten seiner Ehefrau ab. Diese war während der Verhandlungen und beim Abschluss des Vertrages zugegen, sie verschwieg aber der Gesellschaft die gefährliche Krankheit ihres Mannes, und aus

dem nach aussen hervortretenden Zustand des T. liess sich dessen Krankheit nicht erkennen*). Kurze Zeit nach dem Abschluss der Versicherung starb der Versicherungsnehmer. Die Versicherungsgesellschaft lehnte die Zahlung der Versicherungssumme an die Wittwe T. ab, weil diese zu der Zeit, als ihr Ehemann die Versicherung für sie beantragte, gewusst habe, dass ihr Ehemann, der Antragsteller, an fortschreitender Paralyse der Irren litt, und sie sich dadurch, dass sie diese Thatsache, deren Mittheilung von dem Blödsinnigen selbst nicht zu erwarten war, der Gesellschaft verschwieg, einer Arglist gegen diese schuldig gemacht habe. Die Klage der Wittwe T. gegen die Versicherungsgesellschaft hatte keinen Erfolg. „Die Klägerin“, führt das Reichsgericht aus, „musste sich sagen, dass die Beklagte nicht geneigt sein würde, auf die Versicherung eines Lebens einzugehen, das von einer sehr gefährlichen Krankheit bedroht war, wenn die Beklagte diese Krankheit gekannt hätte. Die Klägerin musste sich ferner sagen, dass, wenn, wie nach menschlicher Erfahrung vorauszusehen, bei solcher Krankheit ein baldiger Tod eintreten würde, Beklagte infolge des Abschlusses der Versicherung zum Vortheile der Klägerin einen erheblichen Schaden erleiden würde. Da der Dritte, zu dessen Gunsten die Versicherung genommen ist, sofern er nach dem Tode des Versicherungsnehmers im Besitz der Police ist, einen selbstständigen Anspruch gegen die Versicherungsgesellschaft selbst dann hat, wenn er den Versicherungsvertrag nicht mit abgeschlossen hat, so steht eine derartige Arglist auf seiner Seite, ohne welche es zu dem Versicherungsvertrage nicht gekommen sein würde, seinem Anspruch auch dann entgegen, wenn er den Vertrag nicht mit geschlossen hat. Er muss sich behandeln lassen, wie bei anderen Vertragsverhältnissen, bei welchen der Dritte einen Anspruch aus dem Vertrage nur hat, wenn er denselben mit abschloss, dieser Dritte, wenn er arglistig den Vertrag mitschloss; den erweiterten Rechten des Familiengliedes, zu dessen Gunsten eine Lebensversicherung genommen ist, stehen erweiterte Pflichten desselben gegenüber.

*) Es scheint in diesem Falle seitens der Lebensversicherungsgesellschaft auf die Mitwirkung eines Arztes verzichtet zu sein; denn sonst ist doch die Verkennung einer solchen Krankheit kaum möglich. (Die Red.)

Tagesgeschichte.

Benennung von Obergutachtern in Unfallsangelegenheiten durch die Aerztekammern in Preussen.

Als im Frühjahr d. J. die Königlich Bayrische Staatsregierung eine Verordnung erliess, in der sie den einzelnen Aerztekammern die Befugniss verlieh, ständige Oberkollegien in Unfallversicherungsangelegenheiten zu bilden, welche auf direkten Antrag von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten durch Mehrheitsbeschluss motivirte Gutachten über schwierige Fälle von Unfallverletzungen abgeben sollten, druckten einige Zeitungen, unter anderen auch eine medizinische diese Bestimmungen missverständlich als für Preussen oder für das ganze Reich geltend ab. Die Folge hat gelehrt, dass die Königlich Preussische Staatsregierung den Aerztekammern keine so weitgehenden Befugnisse einräumen will, nach dem Inhalt der Kaiserlichen Verordnung vom Jahre 1887 wohl auch nicht geben kann.

Das Reichs Versicherungs-Amt hat unter dem 18. Oktober d. J. die Berufsgenossenschaften benachrichtigt, dass nach einer Entscheidung des preussischen Herrn Kultus-Ministers die Aerztekammern zu Obergutachtern von den Berufsgenossenschaften nur durch Vermittelung des zuständigen Herrn Oberpräsidenten herangezogen werden können.

Im Falle der Inanspruchnahme sollen für jeden Fall einzelne Obergutachter ernannt werden, die Bildung von besonderen Kollegien oder die Benennung einer Anzahl von ständigen Obergutachtern, von denen jeweils einer im Einzelfall herangezogen werden kann, ist den Kammern versagt.

Ueber die Bildung feststehender Kollegien waren die Kammern bekanntlich selbst verschiedener Meinung, bedauerlich aber im Interesse der Sache ist die Unmöglichkeit, für einen schwierigen Einzelfall mehrere Sachverständige aus verschiedenen Spezialgebieten, z. B. einen Augen-, einen Ohren- und einen Nervenarzt zusammenzubringen. Auch wird durch den Umweg über das Oberpräsidium und die Nothwendigkeit, jeweils eine Vorstandssitzung der Aerztekammer zur Benennung des Gutachters abzuwarten die Erledigung des Einzelauftrages sehr verzögert werden. L.

Krankenversicherung der Arbeiter 1893.

Zufolge einer vorläufigen Mittheilung in den Vierteljahrsheften zur Statistik des Deutschen Reichs (1895, I, S. 116) gehörten den Krankenkassen im Jahresdurchschnitt 7 098 884 Mitglieder an, davon 45,5 (in Preussen etwa 54)% den Ortskrankenkassen, etwa 17 (in Bayern fast 60)% der Gemeindekrankenversicherung.

Die Zahl der Erkrankungsfälle betrug 2 796 919 (2 478 237 im Vorjahre), der Krankheitstage 46 162 198 (42 756 026). Auf 1 Mitglied kamen im Durchschnitt des Jahres 0,4 (0,4) Erkrankungsfälle und 6,5 (6,1) Krankheitstage.

Direkte Eiskühlung der Milch ist strafbar.

Im Sommer d. J. wurde in der Molkerei einer grossen deutschen Gutsherrschaft die Milch deshalb beanstandet, weil sie im frisch gemolkenen Zustande durch ein mit Eis belegtes Sieb geseiht wurde, um sohin rasch gekühlt zu werden. Während nun die warme Milch über das Eis floss, schmolz letzteres und betrug die Menge des in solcher Art der Milch untermischten Schmelzwassers circa 3 bis 4 Liter auf 50 bis 51 Liter Milch, welche unter Verschweigung dieses Umstandes seitens des angeklagten Gutsverwalters an die Kunden abgegeben wurde. Vom Staatsanwalt wurden drei Monate Gefängniss beantragt, das Gericht erkannte jedoch nur auf eine Strafe von 500 Mark und die Veröffentlichung des Urtheils.

Fragen und Antworten.

Herrn Dr. K. in W. Auf Ihre *Anfrage*, ob es Merkmale gäbe, an welchen bei Leichen, bei denen Lufteintritt in die Venen die Todesursache gewesen ist, dieser Zustand von anderen unterschieden werden kann, die ergebenste *Antwort*, dass es wohl solche Merkmale giebt: Beim Lufteintritt in die Venen dringt die Luft bis in den rechten Ventrikel, vielleicht auch einmal bis in die Lungenarterie und ihre Aeste. Beim Tode durch Luftaspiration wird man also schaumiges Blut in den Venen — nach Operationen am Halse in der oberen Hohlvene — und im rechten Herzen, aber nicht im linken Herzen und in den Körperarterien finden. Bei durch Fäulniss bedingtem Luftgehalt des Blutes wird dieses sich in den verschiedenen Abschnitten des Herzens und des Gefässsystems annähernd gleich verhalten. Bei Lufteintritt in die Venen wird das Blut heller sein und die Luftbläschen grösser, bei Fäulniss wird das Blut dunkler und die Luftbläschen kleiner sein.

An unsere Leser.

Der heutigen letzten Nummer dieses Jahrgangs liegt ein ausführliches Inhaltsregister bei, welches den Lesern der Aertztlichen Sachverständigen-Zeitung eine willkommene Handhabe bieten wird, sich über die einschlägigen Fragen nach Bedarf bei Begutachtungen zu orientiren.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. L. Becker. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin.

Sachregister.

(Die Zahlen hinter den einzelnen Sätzen bedeuten die Seitenzahlen.)

Autorenregister.

(Die Zahlen hinter den einzelnen Sätzen bedeuten die Seitenzahlen.)

Berlin, Druck von Albert Damcke.